

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

## CONHECIMENTOS DOS ADOLESCENTES SOBRE OS RISCOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Cristina Maria Marques Ramos

Porto | 2012

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

CONHECIMENTOS DOS ADOLESCENTES SOBRE  
OS RISCOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientação:

Professora Doutora Maria Margarida da Silva Reis dos Santos Ferreira

Co-orientação:

Mestre Sandra Sílvia da Silva Monteiro dos Santos Cruz

Cristina Maria Marques Ramos

Porto | 2012

## **AGRADECIMENTOS**

Às Escolas Públicas do Parque Escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade Santo Tirso que participaram na investigação, seus Conselhos Executivos, Coordenadores de Educação para a Saúde e Estudantes que participaram neste estudo, sendo elementos essenciais para a sua realização.

Um agradecimento às Professoras Margarida Reis Santos e Sandra Cruz pela orientação, acompanhamento e dedicação que me proporcionaram ao longo deste percurso e que em tudo contribuiu para a concretização deste trabalho.

À Sandra Costa e Glória Couto pelo apoio, paciência e dedicação.



À memória do meu pai, que não teve oportunidade de me ver terminar esta caminhada.

Aos meus filhos e à minha mãe pelo tempo que não lhes dediquei.

Ao meu marido, por todo o apoio prestado.



## **ABREVIATURAS/SIGLAS**

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

APSI - Associação Portuguesa de Segurança Infantil

CNPCJR - Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco

Conc. Tot.- Concordo Totalmente

CPCJ - Comissão Protecção das Crianças e Jovens

DGS - Direcção Geral da Saúde

DIGIC - Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular

Disc. Tot.- Discordo Totalmente

Eb.- Escola Básica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and other Drugs

EUA - Estados Unidos da América

g - Gramas

g/ l - Gramas por litro

HBSC - Health Behaviour in School-age Children

IDT - Instituto da Droga e Toxicoddependência

INME - Inquérito Nacional em Meio Escolar

mg - miligramas

ml - mililitros

OMS - Organização Mundial de Saúde

P - Página

PLA - Problemas Ligados ao Álcool

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

Km - Quilómetros

SAF - Síndrome Alcoólica Fetal

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

TAS - Taxa de Álcool no Sangue

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UE - União Europeia

WHO - World Health Organization



## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>1. A ADOLESCÊNCIA E SEUS AGENTES DE SOCIALIZAÇÃO.....</b>	<b>21</b>
1.1. Família.....	23
1.2. Grupo de Pares.....	27
<b>2. CONSUMO DE ÁLCOOL.....</b>	<b>29</b>
2.1. Como o Álcool Afecta o Organismo .....	32
2.2. Problemas Sociais Decorrentes do Consumo .....	33
2.3. O Consumo de Álcool na Adolescência.....	35
<b>3. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE .....</b>	<b>39</b>
<b>4. DESENHO DO ESTUDO .....</b>	<b>43</b>
4.1. Objectivos e Hipóteses do Estudo.....	44
4.2. Tipo de Estudo .....	46
4.3. Instrumento de Recolha de Dados .....	47
4.4. População .....	50
4.5. Operacionalização das Variáveis.....	51
4.6. Tratamento Estatístico .....	53
4.7. Questões Éticas.....	54
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>57</b>
5.1. Caracterização da População .....	57
5.2. Hábitos de Consumo de Álcool dos Adolescentes .....	61
5.3. Avaliação das Crenças Positivas, Negativas e Conhecimentos Gerais .....	73

<b>6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>81</b>
<b>7. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>87</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>95</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>103</b>
ANEXO I - Autorização de Salvador para a utilização do Questionário...	104
ANEXO II - Questionário “Conhecimentos dos Adolescentes Sobre os Riscos de Consumo de Álcool” .....	106
ANEXO III - Autorização do Director do ACES Grande Porto I (Santo Tirso / Trofa).....	111
ANEXO IV - Autorizações das Escolas em Estudo .....	113
ANEXO V - Autorização do DGIDC.....	118
ANEXO VI - Consentimento Informado .....	120

## LISTA DE TABELAS

	Pág.
TABELA 1: Efeitos do álcool no organismo .....	31
TABELA 2: Distribuição dos adolescentes por idade.....	58
TABELA 3: Distribuição do Tipo de Família.....	58
TABELA 4: Idades dos irmãos .....	59
TABELA 5: Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas do pai dos adolescentes .....	60
TABELA 6: Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas da mãe dos adolescentes .....	60
TABELA 7: Distribuição dos hábitos de consumo dos adolescentes .....	61
TABELA 8: Primeira bebida alcoólica consumida.....	62
TABELA 9: Distribuição da população em relação a quem ofereceu a primeira bebida alcoólica .....	62
TABELA 10: Com quem os adolescentes ingerem bebidas alcoólicas.....	63
TABELA 11: Hábitos pessoais de consumo de bebidas alcoólicas em função do sexo.....	65
TABELA 12: Idade e hábitos pessoais do consumo de bebidas alcoólicas ..	66
TABELA 13: Hábitos pessoais de consumo de bebidas alcoólicas em função da idade .....	66
TABELA 14: Hábitos pessoais de consumo de bebidas alcoólicas dos pais em função do consumo de bebidas alcoólicas dos adolescentes. ....	68

TABELA 15: Hábitos pessoais de consumo de bebidas alcoólicas em função da posição dos adolescentes na frateria .....	69
TABELA 16: Sexo dos adolescentes e idade de início do consumo de álcool .....	70
TABELA 17: Sexo dos adolescentes e tipo de bebidas alcoólicas que ingerem .....	71
TABELA 18: Sexo dos adolescentes e ocorrência de embriaguez. ....	72
TABELA 19: Idade dos adolescentes e a ocorrência de embriaguez. ....	73
TABELA 20: Opinião dos adolescentes sobre as crenças negativas associadas ao consumo de álcool.....	74
TABELA 21: Crenças Negativas.....	75
TABELA 22: Crenças Positivas.....	77
TABELA 23: Conhecimentos Gerais.....	79

## LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 1: Distribuição dos adolescentes por ano de escolaridade.....	57
GRÁFICO 2: Habilitações literárias dos progenitores dos adolescentes.....	59
GRÁFICO 3: Hábitos de consumo de álcool dos progenitores .....	61
GRÁFICO 4: Idade da primeira ingestão alcoólica .....	62
GRÁFICO 5: Tipo de bebidas alcoólicas que os adolescentes costumam ingerir.....	63
GRÁFICO 6: Distribuição da população relativamente à ocorrência de embriaguez.....	64
GRÁFICO 7: Sexo e hábitos pessoais do consumo de bebidas alcoólicas ..	64
GRÁFICO 8: Consumo dos pais e hábitos de consumo dos adolescentes ..	67
GRÁFICO 9: Idade dos irmãos e hábitos de consumo dos adolescentes.....	68
GRÁFICO 10: Sexo e idade da primeira ingestão .....	69
GRÁFICO 11: Sexo e tipo de bebida .....	70
GRÁFICO 12: Sexo e embriaguez .....	71
GRÁFICO 13: Idade e embriaguez .....	72



## RESUMO

Titulo: “CONHECIMENTOS DOS ADOLESCENTES SOBRE OS RISCOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL”

O consumo de álcool em Portugal está associado a um conjunto de crenças e mitos que são aceites e interiorizados desde a infância.

As grandes mudanças associadas à adolescência podem condicionar a saúde dos indivíduos, quer a curto quer a longo prazo, levando a que sejam mais vulneráveis para os comportamentos de risco para a saúde, nomeadamente o consumo de álcool. Nos últimos anos assistiu-se a uma mudança radical no padrão de consumo dos adolescentes.

Este estudo teve como objectivos: Conhecer os hábitos de consumo de álcool dos adolescentes e avaliar os seus conhecimentos sobre o risco desse consumo, tendo como perspectiva a criação de uma intervenção em promoção da saúde. O estudo situa-se no paradigma quantitativo e é de carácter exploratório / descritivo.

A população foi constituída por 808 estudantes do 3º ciclo de quatro escolas públicas do parque escolar da Unidade de Cuidados da Comunidade Santo Tirso (UCC Santo Tirso), pertencente ao ACES Santo Tirso / Trofa, com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos.

Concluiu-se que os hábitos de consumo dos adolescentes eram principalmente em festas e comemorações. Dos inquiridos só 39,9% referem que nunca beberam. Cerca de 70,5% dos sujeitos ingeriu a primeira bebida alcoólica entre os 10 e os 13 anos; 7,7% mencionaram que ingeriram a primeira bebida entre os 5 e os 9 anos de idade. A primeira bebida consumida por 77,5% dos adolescentes foi fermentada e para 39,3% dos inquiridos foi a família que lhes ofereceu. Verificou-se ainda que 43,9% dos adolescentes ingeram bebidas alcoólicas na companhia da família. Relativamente à ocorrência de embriaguez, apurou-se que dos adolescentes que ingeriram bebidas alcoólicas 14,6% já se embriagaram.

Na avaliação dos conhecimentos gerais, crenças positivas e negativas verificou-se que a maioria dos adolescentes reconhecia as consequências do consumo.

**Palavras-chave:** Adolescente, Consumo de bebidas alcoólicas, Conhecimento.



## ABSTRACT

Title: “ADOLESCENT’S KNOWLEDGE ON ALCOHOL CONSUMPTION RISKS”

Alcohol consumption in Portugal is associated to a numerous set of values and myths learnt and accepted since childhood.

The changes associated to adolescence can affect the health of individuals in short and long term, making them more vulnerable to health risk behaviors, namely alcohol consumption. In the last few years there has been a radical change in the pattern of alcohol consumption in adolescents.

The goal of this study is: to know the pattern of alcohol consumption of adolescent students and access their knowledge and risk perception in order to create an intervention to promote health. The study is situated in the quantitative paradigm and is of exploratory / descriptive nature.

The sample of this study is 808 students from third cycle of four public schools from the school park of Unidade de Cuidados na Comunidade Santo Tirso (UCC Santo Tirso) which belongs to the ACES Santo Tirso / Trofa. The ages of the students were from 11 to 18 years old.

Adolescent students consume alcohol mainly in parties and celebrations. Of all participants only 39,9% refer that they never tried alcohol. The age for first ingestion was for 70,5% of the students of 10 to 13 years old; 7,7% mentioned that their first ingestion was between ages of 5 and 9. Their first alcoholic beverage was fermented for 77,5%. When questioned on who offered, they answered: family, 39,3% of times.

Adolescents ingest more alcohol in the company of their families, 43,9%. Of all the students that ingest alcoholic beverages, 14,6% have already been intoxicated at least once.

The evaluation of general knowledge, positive and negative beliefs showed that most adolescent students have knowledge on the consequences of alcohol consumption.

**Keywords:** Adolescent, Alcohol consumption, knowledge.



## INTRODUÇÃO

A adolescência é a fase do ciclo vital, de maior risco para a adesão a comportamentos que podem colocar em causa a saúde na vida adulta, sendo a ingestão de bebidas alcoólicas um deles.

Este período de desenvolvimento é caracterizado por mudanças rápidas a nível físico, psicológico e social. A conquista da autonomia e a construção da identidade adulta, podem constituir um risco para o consumo de substâncias psicoactivas, pelo facto de os adolescentes quererem experimentar e procurar novas emoções e desafios.

O consumo de bebidas alcoólicas pelos adolescentes é frequentemente abusivo e, por isso, constitui uma preocupação de Saúde Pública. Quanto mais cedo este se iniciar, maiores serão os efeitos negativos. Segundo Matos e Sampaio (2009) a experimentação na adolescência é preditora do consumo na vida adulta.

Portugal tem alguns dos piores índices de Saúde Pública da Europa, principalmente no alcoolismo, cirrose hepática alcoólica, consumo de substâncias psicoactivas e infecções sexualmente transmissíveis (Matos e col., 2010). Ao consumo de álcool estão associadas um conjunto de crenças e mitos que são aceites e interiorizados desde a socialização da infância, existindo uma atitude de excessiva tolerância, por parte dos professores e pais, em relação ao consumo, considerando-os meros acontecimentos ocasionais.

Para tentar resolver e minimizar estas situações, é importante que se investiguem os conhecimentos e comportamentos dos adolescentes e que se realizem programas de intervenção e de educação adequados aos mesmos. O trabalho de promoção da saúde nos adolescentes tem como ponto de partida 'o que eles sabem' e 'o que eles podem fazer' para se proteger, desenvolvendo a capacidade de interpretar e actuar de modo, a induzir atitudes e/ou comportamentos adequados. Assim, quando existem conhecimentos

demonstrados, mas atitudes pouco adequadas, a intervenção dos enfermeiros deve focalizar-se na promoção de competências pessoais, de modo a promover a mudança de atitudes perante o risco.

Considerando esta premissa, este trabalho apresenta um estudo exploratório/ descritivo, cujos objectivos foram: Conhecer os hábitos de consumo de álcool dos adolescentes que frequentam o 3º ciclo de escolas públicas do concelho de Santo Tirso e avaliar os conhecimentos sobre as consequências do consumo de álcool, dos adolescentes que frequentam o 3º ciclo de escolas públicas do concelho de Santo Tirso tendo como perspectiva a criação de uma intervenção em promoção da saúde.

Foi construído um questionário que visa analisar os hábitos de consumo de álcool dos adolescentes; conhecer os padrões de consumo de álcool dos adolescentes, tipo de bebida, circunstâncias de consumo e identificar os conhecimentos que os adolescentes têm sobre as consequências do consumo de álcool.

A população do estudo foi constituída por 808 alunos do 3º ciclo de 4 escolas públicas do parque escolar da Unidade de Cuidados da Comunidade Santo Tirso (UCC Santo Tirso), pertencente ao ACES Santo Tirso / Trofa.

Este documento está estruturado em sete capítulos. Nos três primeiros capítulos apresenta-se o enquadramento teórico, procedendo-se à descrição de um conjunto de conceitos relevantes para a abordagem da temática do consumo de álcool na adolescência e da importância da implementação de projectos de educação para a saúde nesta área. O capítulo quatro é dedicado ao desenvolvimento empírico do trabalho, destacando as opções metodológicas utilizadas. No quinto e sextos capítulos faz-se a apresentação e discussão dos resultados obtidos na investigação. No sétimo capítulo apresenta-se uma proposta de intervenção dirigida à população do estudo, tendo como linha orientadora os resultados obtidos.

## **1. A ADOLESCÊNCIA E SEUS AGENTES DE SOCIALIZAÇÃO**

A adolescência é um conceito relativamente recente, que engloba o período de transição, entre a infância e a idade adulta. É uma fase de transformação física, cognitiva, emocional e também um período de alteração dos agentes de socialização. Nem o seu início nem o seu fim são claramente marcados, sendo difícil definir os limites precisos da adolescência. Do conjunto de transformações, uma das mais significativas diz respeito à maturidade reprodutiva (Matos e col, 2010).

### **❖ DESENVOLVIMENTO FÍSICO**

As primeiras alterações físicas surgem por volta dos 11 ou 12 anos de idade e terminam com o cessar do crescimento corporal, entre os 18 e os 20 anos (Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2006). O aparecimento dessas características é variável nos dois sexos. As alterações nos rapazes dão-se entre os 11 e os 16 anos, para as raparigas este processo tem início um pouco mais cedo, entre os 9 e os 14 anos. Estes intervalos são demasiado alargados, dificultando uma definição rígida, podendo portanto afirmar-se que existem “tantas adolescências como adolescentes” (Cordeiro, 2009).

A puberdade é considerada como o início da adolescência. As alterações biológicas que surgem no final da infância dão origem a um aumento de estatura e peso, levando a mudanças até atingir a maturação sexual.

Behrman, Kliegman e Jenson (2004 cit. por Pinto, 2010) referem que neste

intervalo podem ser identificados três períodos distintos: a adolescência inicial (dos 10 aos 13 anos), média (dos 14 aos 16 anos) e a tardia (dos 17 aos 19 anos de idade). Sendo cada um deles marcado por um conjunto de características biológicas, psicológicas e sociais (Pinto, 2010).

Como referido, na passagem da infância para adolescência ocorrem várias alterações, estas têm início logo na fase inicial, segundo Papalia, Olds e Feldman (2009, p.419) “...oferece oportunidades para o crescimento, não somente em dimensões físicas, mas também em competência cognitiva e social autonomia, auto-estima e intimidade”.

### ❖ DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

Fernandes (2000 cit. por Sousa e col., 2008, p.67) refere a adolescência “como um processo de construção e de desenvolvimento da própria identidade, que engloba um conjunto vasto de maturações em diversos âmbitos da personalidade: bio fisiológicos, emocionais, afectivos, psicológicos, intelectuais e sociais”. Assim, não será só um conjunto de transformações físicas, mas um processo muito mais complexo.

Segundo Fonseca (2008, p.18) “a construção psicológica irá ter por base a própria história pessoal e as novas competências que o adolescente vai adquirindo, a nível cognitivo, sexual e social”. O mesmo autor refere ainda, que o pensamento abstracto é a marca da diferença entre a actividade cognitiva da criança e do adulto.

Para Piaget as crianças passam por quatro estádios do ponto de vista do desenvolvimento cognitivo. Assim, caracterizou o pensamento das crianças em termos de operações. Crianças em idade escolar (dos 7 aos 12) operações concretas, acima dos 12 anos o estádio das operações formais. Nesta última vão lentamente desenvolvendo a capacidade para o pensamento abstracto, que envolve o raciocínio lógico, hipotético-dedutivo, construção de teorias e a resolução de problemas (Sprinthall et Collins, 2003; Golse e col., 2005; Fonseca, 2008).

A maturidade precoce ou tardia tem diferentes reflexos em rapazes e raparigas, estando associada a maturidade precoce a aspectos mais positivos para o sexo masculino do que para o feminino. Os rapazes que maturam cedo tendem a ser mais populares, a ter auto conceitos mais positivos e a serem mais auto confiantes. O contrário acontece com as raparigas, as que maturam cedo sentem-

se mais desconfortáveis e desajeitadas com a sua imagem (Steinberg, 1998 in Matos e col., 2010). Uma das questões que se tem levantado e é algo preocupante, é o facto de estes adolescentes estarem mais susceptíveis a comportamentos de risco.

No início da adolescência o estado emocional varia entre comportamentos mais racionais e comportamentos infantis. Este tipo de comportamento leva muitas vezes os adolescentes a serem rotulados como instáveis, imprevisíveis e pouco conscientes nas suas atitudes (Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2006).

Finalizando, a adolescência é identificada com uma imagem de rebeldia e rejeição dos valores, muitas vezes associada a um conjunto de expectativas negativas, sendo exemplo: consumo de drogas, violência, falta de respeito pelas gerações mais velhas, traduzido no nosso País, mais recentemente, pela infeliz expressão “geração rasca” (Relvas, 2006). Vários são os agentes responsáveis por todas as alterações que os adolescentes sofrem, inicialmente a família, mais tarde a escola e o grupo de pares. Nos próximos dois sub - capítulos serão abordados os que a literatura considera mais influentes no desenvolvimento do adolescente, família e grupos de pares.

## **1.1. Família**

A promoção da saúde dos adolescentes terá como agentes, para além deles próprios, os meios de comunicação social, a escola, o grupo de pares e a família (Cordeiro, 2009). A família é até à puberdade o grande agente de socialização. Há medida que crescem e desenvolvem a sua identidade pessoal, vão criando autonomia em relação à família. Desenvolvimentistas como Shaffer (2005), acreditam que muitas das influências aparentes dos pares são na verdade influências parentais, pois os pais podem ter grande impacto na companhia que os seus filhos escolhem. Este facto poderá ser verdadeiro, na medida em que são os pais que escolhem a escola, o local para as actividades, principalmente até ao início da adolescência. Posteriormente, dependendo do tipo de relação familiar, a influência pode ter maior ou menor significado para o adolescente.

Não existe uma definição universal para o termo família, a psicologia incide sobre os aspectos interpessoais e a sua responsabilidade pelo desenvolvimento da personalidade; a economia vê a família como instituição produtiva; a sociologia descreve-a como uma instituição social interagindo com uma sociedade maior. Outros definem família em termos de relações das pessoas que constroem a instituição familiar (Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2006).

Para Cabral (2007) a família é vista como um sistema aberto que troca informação e energia com o exterior sofrendo modificações ao longo do tempo. Na teoria dos sistemas familiares, é vista como um sistema que interage com os seus membros e o meio ambiente. Esta teoria dá especial relevo à interacção entre os membros, considerando que uma mudança num dos membros gera mudança nos outros. A concepção sistémica da família justifica dois aspectos: nenhuma família é igual à outra e a sua complexidade é sempre diferente (Relvas, 2006).

Tradicionalmente a estrutura familiar era a família nuclear intacta ou a família extensiva. Nos últimos anos a composição familiar sofreu grandes alterações e apresenta uma nova configuração, aparecendo as famílias monoparentais, as mistas e as famílias de homossexuais. De acordo com a sua estrutura, a família, é definida como um grupo de pessoas cooperantes que convivem na mesma habitação, pode ser de vários tipos: nuclear, alargada, monoparental, reconstruída, unitária entre outras (Alarcão, 2002).

A família nuclear intacta ou nuclear, caracteriza-se por uma só união entre adultos e um só nível de descendência, isto é, pais / filhos. Não existem linhas colaterais (tios, primos), nem os avós habitam com estes. As famílias alargadas ou extensas caracterizam-se pela presença de várias gerações na mesma casa, incluem, frequentemente a família nuclear, o(s) avó(s) e, por vezes, linhas colaterais, como tios e primos. Designam-se como famílias monoparentais aquelas onde a geração dos pais está representada por um único elemento. São diversas as razões que podem dar origem a este tipo de estrutura: mãe solteira, viuvez, nascimentos fora do casamento, separação ou divórcio. A família designa-se como reconstruída quando pelo menos um dos dois cônjuges provém de um casamento anterior, isto é, estão a residir na mesma habitação um padrasto ou uma madrasta (Alarcão, 2002). A mesma autora refere ainda que outros tipos de famílias começam a surgir como a família homossexual e a comunitária.

Cordeiro (1979 cit. por Cabral, 2007), chama a atenção para as repercussões, cada vez maiores que tem a vivência familiar no desenvolvimento do adolescente, considerando que representa um suporte existencial relativamente ao apoio afectivo e económico. Refere igualmente a família como a pedra basilar da



sociedade, com importância preponderante no desenvolvimento do adolescente, manifestado por valores, normas e padrões assimilados (Cordeiro 2009).

Durante a adolescência, as relações pais / filhos sofrem grandes alterações. Este processo é muitas vezes conflituoso, os filhos querem ser mais autônomos e os pais têm dificuldade em lidar com esta nova situação. É também, nesta fase que começam a ser permitidos privilégios que até então eram negados, ou o contrário, atribuídas responsabilidades cada vez maiores. Devido à insegurança e falta de experiência os adolescentes precisam de ser orientados pelos adultos. A supervisão dos pais é importante durante toda a adolescência e pode ter influência sobre os comportamentos de risco próprios desta idade. No entanto, para ganhar a confiança dos adolescentes os pais precisam de respeitar o seu crescimento.

A relação com os pais é muito importante para os adolescentes, que sabem diferenciar e valorizar as relações. “Os pais são fonte de carinho, aqueles que estão sempre presentes, que os amam e educam. A relação com os pais é vista como o equilíbrio entre as relações, se essa relação for positiva então as outras também são mais fáceis ” (Matos e Sampaio, 2009, p.161).

A forma como os pais exercem a sua função de educadores é muito diferente de família para família, influenciando com seu estilo o desenvolvimento da criança / adolescente. Os modelos de educação parental exercidos marcam o modo como ela se relaciona com os outros e modelam o seu tipo de comportamento.

Baumrind nos anos 60 iniciou vários estudos com crianças e suas famílias, (cit. por Matos e Sampaio, 2009), tendo postulado três tipos de modelos de interacção familiar educativa. Modelos esses que fazem a relação entre as componentes de interacção familiar e a competência cognitiva. Assim, o tipo de relação é dividido em estilo parental autoritário, permissivo e democrático. O autoritário caracteriza-se pelo controlo, avaliação dos comportamentos e das atitudes de acordo com um conjunto de normas, respeito pela autoridade, obediência aos pais, preservação da ordem, pouca comunicação entre pais e filhos e a que existe é predominantemente de pais para filhos. Caracteriza-se ainda por existirem níveis elevados de exigência e baixos de afecto e autonomia. O estilo parental permissivo é o oposto deste, caracteriza-se pela tolerância, raro uso de punição, poucas exigências relativamente ao comportamento da criança, dando-lhes uma considerável autonomia. O democrático apresenta uma mistura dos dois anteriores. Neste, os pais impõem regras e normas bem definidas, usam sanções quando estas são quebradas, mas são calorosos, receptivos e promotores da autonomia. A comunicação é bidireccional e existe um reconhecimento das necessidades da criança.

As relações positivas, o apoio emocional e social dos pais e um estilo de disciplina parental construtivo levam a que os adolescentes se envolvam menos em comportamentos de risco. O tipo de relações que as pessoas estabelecem depende do meio em que se inserem e das suas experiências. Segundo Fachada (2010) a vivência na família, escola e grupo de amigos determina as relações que podem ocorrer. O mesmo autor refere que os pais têm uma oportunidade única de se apresentarem como modelos e que também devem promover a auto-estima dos adolescentes para que posteriormente estes tenham um autoconceito valorizado. Segundo Fonseca (2008) os familiares podem fazê-lo “...demonstrando que temos expectativas adequadas ao desenvolvimento do adolescente, que acreditamos nele e nas suas capacidades ...”. Assim, relações onde existam reforços positivos adequados ajudam os adolescentes a terem uma melhor auto-estima. Esta característica representa o modo como nos aceitamos física ou intelectualmente, como nos valorizamos e como somos capazes de reconhecer as nossas limitações.

Os estudos de Baumrind foram inicialmente realizados em crianças, os mesmos continuaram e mais tarde o investigador verificou que as características fortes encontradas em filhos de pais democráticos ainda se mantinham evidentes na adolescência, apresentavam auto-estima mais elevada, excelentes habilidades sociais, forte preocupação moral e com tendência para se manterem longe das drogas e outros comportamentos de risco (Shaffer, 2005). O estilo democrático revela-se mais construtivo para a criança em evolução (Matos e Sampaio, 2009).

Com a transformação da sociedade e os riscos a que as crianças e adolescentes estão sujeitos, nomeadamente a internet, o consumo de substâncias e a influência dos pares, o estilo de educação parental revela-se muito importante. Pais conscientes e preocupados com o seu filho têm com eles uma boa comunicação, conhecem os seus amigos, as suas preocupações e dialogam com estes sobre as suas necessidades. Estes por influência desta educação podem ter menor risco de envolvimento em comportamentos desviantes.

Uma das funções da família deve ser ensinar os filhos a reflectir, a expor os seus critérios sem medo da avaliação dos outros, dizer não quando efectivamente não se partilha a mesma opinião, a não perder a sua posição quando é desafiado, aprendendo ainda a perceber antecipadamente quais as consequências (Urra, 2010). Se a família conseguir educar o adolescente neste sentido, ele tomará decisões mais correctas e será mais assertivo nas suas escolhas e na resolução dos problemas que possam surgir ao longo da vida. Segundo Vagos (2010, p.58) “o indivíduo assertivo assume responsabilidade por si mesmo, pelos seus desejos, sentimentos, pensamentos e acções, bem como pelas suas falhas e dificuldades,

encarando-as de forma construtiva”. Também Fachada (2010, p.189) refere que “pessoas afirmativas ou assertivas são capazes de defender os seus direitos, (...) pensamentos e as suas necessidades de forma mais aberta, directa e honesta ”.

O adolescente tem o desejo de se tornar autónomo, mas continua a sentir a necessidade da segurança que a família lhe transmite. Com o início da adolescência surgem as relações de amizade, mais profundas e a necessidade de pertencer a um grupo torna-se um imperativo.

## 1.2. Grupo de Pares

Fonseca (2008) considera que adolescência tem duas grandes tarefas, a construção da autonomia e da identidade.

O grupo de pares é um dos contextos relevantes para o desenvolvimento do adolescente. Tal como não se pode falar de adolescência sem família, também não tem sentido abordar a adolescência sem o grupo de pares. Alguns autores referem-se à mudança da infância para a adolescência como “o alargamento do mundo social” devido à diversidade de contactos sociais que ocorrem nesta fase da vida (Sprinthall et Collins, 2003).

Na actualidade, as inúmeras actividades que as crianças / adolescentes têm levam a que estejam inseridos em diversos grupos. Estas actividades são uma forma de responder às necessidades educativas e sociais, mas, também, a motivações pessoais. O grupo de pares proporciona parte da segurança e ligação emocional que o adolescente necessita. É visto como uma força de socialização, permite competição, solidariedade, definição de limites e normas na relação com os parceiros, com a isenção da interferência que a condição “não familiar” lhe proporciona (Matos e Sampaio, 2009).

Dentro deste grupo têm colegas e um grupo restrito de amigos mais íntimos, será no convívio com estes últimos que existe sentimento, partilha de interesses, onde se promove a formação de atitudes. Este grupo restrito pode ter um papel

fundamental na construção da identidade e da autonomia dos adolescentes; aqui existe espaço para o diálogo, promovendo as competências sociais.

Os amigos são extremamente importantes para um desenvolvimento saudável nos adolescentes. A amizade providencia suporte emocional e está associada ao afecto social. Junto dos amigos aprende-se a estar com os outros, a partilhar experiências e sentimentos sem ter receio de ser julgado. Os amigos mais próximos encontram-se associados ao bem-estar físico e psicológico, podendo assim evitar a solidão, tristeza e a baixa auto estima. A pertença a um grupo mais alargado também é benéfica, pois promove as competências emocionais. A falta de amigos ou de grupo de pares pode levar a sentimentos de solidão e pode dar origem a comportamentos de risco se for proveniente de uma rejeição social (Matos e Sampaio, 2009).

Chipkevitch (1995, cit. por Salvador, 2008, p.36) “refere que nesta altura os adolescentes podem ficar sugestionados com as pressões do grupo e adoptar comportamentos que individualmente não teriam. Experimentar cigarros, álcool, drogas ou ter atitudes anti-sociais tornam-se responsabilidades assumidas por todos, e portanto, diluídas, não sendo vistas muitas vezes como um comportamento de risco“. Para Fachada (2010) o fenómeno da difusão da responsabilidade é explicado pelo facto de, quando a decisão é arriscada, em caso de falha, nenhum dos indivíduos será responsabilizado individualmente.

Por vezes os adultos vêem o grupo como um problema (Salvador, 2008). Mas o grupo tem um papel importante no desenvolvimento social, na formação de uma identidade, no estabelecimento de relações amorosas, podendo também reduzir o risco de solidão para aqueles menos populares (Shaffer, 2005).

## 2. CONSUMO DE ÁLCOOL

A história do consumo de álcool confunde-se com a própria história do ser humano. Neste capítulo abordaremos o consumo do álcool, seus efeitos e consequências sociais bem como o consumo na adolescência.

A relação entre homem e álcool, está ligada a rituais, festividades, situações curativas, patológicas entre outras. Muitas civilizações da antiguidade deixaram marcas (relatos, histórias, objectos de arte). Já nessa época o vinho possuía um importante valor económico, era a bebida dos faraós, grandes consumidores nas festividades, onde o estado de embriaguez imperava, (Breda, 2010). Os efeitos deste consumo são conhecidos desde a Antiguidade e em várias obras literárias encontram-se referências à necessidade de os evitar. Os fenómenos do alcoolismo crónico eram ignorados, só a embriaguez era referida entre as perturbações ligadas ao uso de bebidas alcoólicas. A utilização do vinho pela Igreja Católica nos rituais sagrados também facilitou a aceitação e generalização noutros rituais profanos.

Na actualidade, o álcool integra quase todos os ambientes: lazer, negócios, viagens, desporto, encontrando-se associado à noite, à emancipação e diversão, apesar de todos os riscos bem conhecidos da população. A dependência alcoólica é considerada um dos mais graves problemas em saúde mental, que afecta grande número de pessoas e leva ao aparecimento de doenças, com efeitos não só na qualidade de vida, como em anos de vida perdidos (Cabral, 2007).

As bebidas alcoólicas são classificadas segundo a sua origem, como bebidas fermentadas e destiladas e podem apresentar diferentes graduações. O álcool é um produto que resulta da fermentação dos açúcares de vários produtos de origem vegetal, por influência das leveduras (Mello, Barrias e Breda, 2001). Uma unidade de álcool contém cerca de 10 g de álcool puro. A quantidade de unidades é determinada pela concentração num volume de uma bebida, por exemplo, uma dose de aguardente contém 25 g ou 2,5 unidades de álcool, uma lata de cerveja de

330 ml com concentração de 5%, contém cerca de 15 g ou 1,5 unidades de álcool (Cordeiro, 2009).

Portugal devido a apresentar um dos maiores consumos de bebidas alcoólicas e de prevalência de Problemas Ligados ao Álcool (PLA), tem vindo a integrar-se, nos últimos anos, na política geral europeia de controlo dos PLA para uma melhor saúde do indivíduo e da comunidade (Grácio, 2009).

O relatório de 2011 da Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que após um ligeiro decréscimo no início dos anos noventa, o uso de álcool na Europa voltou a aumentar para o mesmo nível de 9.5 litros (WHO, 2011).

Os hábitos de consumo de bebidas alcoólicas sofreram alterações nos últimos anos. Mello, Barrias e Breda (2001, p.32) destacam as seguintes: “ marcado aumento de consumo de cerveja; crescente consumo de bebidas alcoólicas pela mulher; crescente consumo de bebidas alcoólicas pelos jovens, por vezes integrado em quadros de politoxicomania; crescente consumo de bebidas destiladas, mais fortemente alcoolizadas; consumo de novas bebidas (“alcopops”)”.

Numa sociedade que liga o festejo e o convívio ao uso de bebidas alcoólicas, torna-se difícil demonstrar os riscos do seu consumo, ou advertir para as consequências da sua utilização (Sousa e col., 2007). Segundo Piedade Mano (1990 cit. por Pereira, 2003), o acto de beber como um “acto social” está ligado a um modelo essencialmente masculino, referindo que o consumo no género feminino é mais “caseiro”, enquanto o masculino é “público” e “visível”. Na actualidade verifica-se um inverter da situação, relativamente à quantidade de consumo. O consumo no feminino é igual ou superior ao masculino (Cordeiro, 2009).

A ingestão de bebidas alcoólicas, mesmo em pequenas quantidades, pode transformar uma pequena contrariedade num grande problema e dar origem a estados de agressividade, frustração, depressão ou problemas na condução, pois o álcool possui um efeito depressivo, embora inicialmente produza uma sensação de excitação (Matos e col., 2007).

Após a ingestão, o álcool é transportado pelos vasos sanguíneos para os diversos órgãos, passando pelo fígado que lentamente procede à sua decomposição, a uma média de 0,1 g/l por hora. Quando o álcool atinge o cérebro, afecta progressivamente, as capacidades sensoriais, perceptivas, cognitivas e motoras, incluindo o controlo muscular e o equilíbrio do corpo. (Matos e col., 2007).

Como se pode verificar na tabela 1, o consumo de álcool, mesmo em pequenas quantidades, provoca alterações comportamentais.

**TABELA 1:** Efeitos do álcool no organismo

Nível de álcool no sangue em mg	Efeitos
20	Sensação de bem-estar, facilidade nas relações sociais e diminuição do tempo de reacção a estímulos
40	Desinibição ligeira (às vezes diz-se o que não se quer), não consegue conduzir a velocidade elevada
60	Dificuldade em tomar decisões de maneira adequada principalmente em fazer escolhas, condução, negócios e propostas afectivas, entre outras
80	Praticamente impossível conduzir com o mínimo de segurança e problemas moderados de coordenação motora
100	Figuras patéticas e condução muito perigosa com elevada probabilidade de ter um acidente
150	Embriagado, no dia seguinte pode não se lembrar do que se passou
350	Muito sonolento e perda total do controlo dos comportamentos
500	Problemas respiratórios, coma e elevada probabilidade de morrer

(Fonte: Cordeiro, 2009)

É importante sublinhar que é completamente diferente uma determinada quantidade de álcool consumida ao longo de uma semana ou a mesma quantidade apenas num dia. Esta última, implica mais prejuízos para a saúde do que quantidades um pouco maiores, divididas pela semana. O consumo rápido de álcool leva a intoxicação. A mistura de bebidas fermentadas com destiladas contribui para potencializar os efeitos do álcool (Cordeiro, 2009). Como síntese, podemos dizer que os efeitos de álcool no organismo variam de acordo com o tipo de bebida, organismo do consumidor e circunstância do consumo.

Segundo Mello, Barrias e Breda (2001, p.51) “as manifestações de uma intoxicação aguda alcoólica são variáveis, dependem da quantidade e qualidade da bebida alcoólica e da tolerância do indivíduo”.

## 2.1. Como o Álcool Afecta o Organismo

O álcool pode causar malefícios ao nível de vários órgãos, desde o cérebro à parte digestiva. Coslin (cit. por Ferreira, 2008) refere que embora o álcool seja um depressor do sistema nervoso central, o seu consumo em baixas doses tem propriedades estimulantes, induzindo uma sensação de bem-estar, excitação e desinibição. Muitos indivíduos ingerem álcool em excesso por pensarem que é um estimulante do organismo (Matos e col., 2007). Segundo Babor (2009, p.79)

“Em 2000, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, as mortes e as incapacidades relacionadas com o consumo de álcool totalizavam 4,0% do peso global das doenças (...) tem o mesmo contributo do que o tabaco para o aumento de doenças. Nos países desenvolvidos, foi considerado o terceiro factor de risco mais prejudicial, totalizando 9,2% de todo o peso das doenças”.

Os padrões de consumo têm um papel importante no peso da doença, estando associados às doenças coronárias, oncológicas, cirrose hepática, acidentes rodoviários, suicídio, cancro da mama entre outras. O consumo moderado tem simultaneamente efeitos positivos e negativos. Para a doença coronária, os estudos indicam que um consumo regular, leve e moderado de álcool tem efeitos protectores a nível cardiovascular. Os mesmos estudos revelam que talvez não haja efeito protector na população que apresenta um aumento do consumo, existindo efeito prejudicial nos indivíduos com padrões de consumos esporádicos elevados (Babor, 2009).

Os problemas do álcool para muitas crianças não começam na adolescência, mas sim in útero. “A toxicidade do álcool e dos produtos seus derivados faz-se sentir ao longo de todo o período de gestação...” (Mello, Barrias e Breda, 2001, p.63). Dos trabalhos já existentes, os autores destacam os de Streissgutt e colaboradores, que têm desenvolvido estudos prospectivos e longitudinais, procurando um melhor conhecimento dos efeitos de uma exposição do embrião e do feto ao álcool, verificando que: “os efeitos da alcoolização pré-natal podem revelar-se em todas as idades; (...) a incidência de perturbações de aprendizagem e de adaptação de crianças, filhas de consumidoras habituais, é superior à dos outros filhos de mães não bebedoras...” (Mello, Barrias e Breda, 2001, p.63).



A SAF é uma entidade clínica do recém-nascido submetido a uma alcoolização pré-natal, apresentando estes bebés à nascença características como: atraso de crescimento global; anomalias morfológicas como: microcefalia, nariz curto e de base larga, lábio superior quase inaparente, assimetria facial, testa curta e abaulada, alteração das articulações; malformações cardíacas; renais, com rim em ferradura; anomalias uretrais entre outras (Mello, Barrias e Breda, 2001).

Como conclusão podemos dizer que mesmo in útero, poucos são ou nenhuns, os órgãos que não são afectados pela ingestão de álcool.

## 2.2. Problemas Sociais Decorrentes do Consumo

O consumo excessivo de álcool constitui um grave problema de saúde pública. Em 2004, 3,8% das mortes a nível global poderiam ser atribuídas ao álcool, 6,2% nos homens e 1,1% nas mulheres. O uso prejudicial do álcool é um importante factor de risco para a morte nos indivíduos entre os 15 e os 59 anos. A diferença significativa entre os sexos é um indicador de diferenças na forma como bebem, quer em volume quer no tipo de consumo (WHO, 2011). O álcool é responsável por cerca de 195 000 mortes por ano na União Europeia (IDT, 2010).

O alcoolismo é um factor de risco para vários problemas, segundo o IDT (2010, p.15)

*“é responsável por cerca de 60 doenças diferentes, por actos de violência, homicídios (4 em cada 10 de todos os assassinatos e mortes violentas), suicídios (1 em cada 6 de todos os suicídios), acidentes rodoviários (1 em cada 3 de todas as mortes na estrada), por 60000 nascimentos abaixo do peso normal, por prejuízos no desenvolvimento cerebral do feto, estando relacionado com défices intelectuais nas crianças e sendo a maior causa de debilidade mental evitável na Europa “.*

Nos lares onde este consumo é excessivo, o ambiente é de instabilidade, insegurança, conflitos, podendo exercer efeitos prejudiciais para a criança / adolescente que lá coabita. De acordo com Mendonça (1977 cit. por Mello, Barrias e Breda, 2001), quando o pai é o alcoólico estão em jogo dificuldades de identificação, quando é a mãe são frequentes as situações de carência de afecto e

cuidados, de maus tratos físicos e abandono. Os contactos das crianças / adolescentes com o álcool são mais frequentes e mais precoce em lares de alcoólicos. Segundo o IDT (2010, p.21)

*“dados da Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR/ISS, I.P. 2005-2006) referem que 40,1% das situações sinalizadas às CPCJ, pertenciam a agregados familiares com problemática de álcool que afectava ambos os responsáveis pelo agregado (...) na União Europeia há entre 5 e 9 milhões de crianças vivendo em famílias afectadas pelo álcool (...) 16 % de todos os casos de abuso infantil e negligência são causados pelo álcool e a quantidade de crianças que já nascem afectadas pelos seus efeitos é ainda incalculável”.*

Estes dados dão-nos indicação da gravidade do consumo do álcool. Marinho (2008) refere que 25-30% das mortes dos condutores na União Europeia estão claramente associadas a Taxas de Álcool no Sangue (TAS) excessivas. Sendo este, também, um problema social preocupante, devido à percentagem de mortes, feridos ou indivíduos que ficam com incapacidades por acidentes de viação. Verifica-se também, uma relação entre os níveis de álcool no sangue do condutor e a frequência de acidentes, especialmente aos fins-de-semana e feriados.

A Associação Portuguesa de Segurança Infantil (APSI) (2010, p.1) refere que

*“no triénio 2007-2009, morreram em média, por ano, pelo menos 38 crianças até aos 17 anos, 359 sofreram ferimentos graves e 4630 ferimentos ligeiros (...) todos os dias em Portugal, em média, 14 crianças são vítimas de um acidente rodoviário: 8 enquanto passageiras, 4 peões e 2 condutoras. Quase metade das mortes aconteceu no grupo das crianças com mais de 14 anos (45% do total) (...) no grupo dos passageiros, a maior parte das mortes acontece nos grupos das crianças mais velhas (31% dos 10 aos 14 anos; 42% dos 15 aos 17 anos”.*

Estes dados levam-nos a pensar quais serão as razões dessas mortes, será só falta de segurança rodoviária, ou serão adolescentes que já saem à noite e viajam muitas vezes sobre o efeito de álcool.

Perante todos estes problemas sociais causados pelo consumo de álcool, a sociedade continua a demonstrar uma atitude ambígua, existe uma gama de apelos ao consumo e uma permanente chamada de atenção para os seus riscos pelo excessivo consumo.

## 2.3. O Consumo de Álcool na Adolescência

O álcool é uma das substâncias psicoactivas mais precocemente consumidas pelos adolescentes. O seu consumo excessivo está associado a uma série de consequências nocivas na adolescência e tem, também repercussões para o resto da vida.

Estão associados ao álcool valores e mitos que são aceites e interiorizados desde a socialização na infância. Para muitos adolescentes o consumo de bebidas alcoólicas, é considerado um ritual de passagem para a vida adulta (Cordeiro, 2009). O mesmo autor refere ainda que, os adolescentes bebem porque é relaxante, porque acham que ficam mais “sexys”, sentem-se mais confiantes, mais sociáveis e porque o consumo ajuda a esquecer as preocupações e aborrecimentos entre outros (Cordeiro, 2009).

O consumo de álcool em idades precoces é preocupante, pois o sistema biológico ainda não apresenta capacidade para proceder à degradação do álcool, levando a alterações cerebrais e défices neuro - cognitivos com implicações para a aprendizagem e para o seu desenvolvimento (Zeigler e col., 2005, cit. por Barroso, Barbosa e Mendes, 2006). Pode ainda, influenciar de forma directa, a médio e a longo prazos, a saúde física e mental, e relacionar-se, a curto prazo, com a diminuição do rendimento escolar e conduzir ao envolvimento em comportamentos de risco para a saúde, nomeadamente no âmbito de comportamentos sexuais de risco (Trindade e Correia, 1999; Cordeiro 2009). O consumo excessivo de álcool pode contribuir para um menor uso do preservativo, aumentando assim o risco de gravidez indesejada e infecções de transmissão sexual, dado que a vítima fica mais fragilizada após a ingestão e o agressor mais desinibido. O consumo excessivo de álcool é também responsável pelo aumento da agressividade e assédio sexual, afectando ainda a capacidade de auto controlo e a percepção da realidade (Cordeiro, 2009).

A ingestão de bebidas alcoólicas para além de estar associada a comportamentos de risco sexual; ao nível da condução é responsável por acidentes de viação e está também associado a outros problemas de saúde. Segundo Cordeiro (2009, p.408)

*“ Os efeitos do álcool a longo prazo quando ingerido regularmente em quantidades apreciáveis, são entre outros lesão do fígado que leva a cirrose (responsável por 10 mortes por dia, em Portugal), hemorragias gastrointestinais, (...) lesão do cérebro com progressiva deterioração da capacidade intelectual (...) e tendência para comportamentos violentos ao longo da vida”.*

Os hábitos da família, a qualidade das relações familiares, a permissividade, a pressão dos pares podem desencadear o consumo de bebidas alcoólicas. Para o início deste consumo pode contribuir também: a facilidade de aquisição em qualquer local e a baixo custo, a publicidade às bebidas alcoólicas e a falta de cumprimento da legislação em relação à venda a menores (Palha, 2007 cit. por Costa, 2009).

A década de 80 foi um ponto de viragem no novo padrão de consumo de álcool nos adolescentes, com predomínio do consumo ocasional, e preferência pela mistura de bebidas de alto teor alcoólico, continuando o álcool a ser a substância psicoactiva mais consumida entre os adolescentes (Carvalho, 1997 cit. por Pinto, 2010).

Actualmente a idade de início do consumo é cada vez mais precoce e assiste-se ao aumento do «*Bingedrinking*» que consiste no consumo excessivo de álcool num curto intervalo de tempo que leva à intoxicação. Os padrões de consumo de bebidas alcoólicas e as tendências cada vez mais marcadas entre os menores de idade poderão ter efeitos catastróficos sobre a saúde e aumentar o risco de danos sociais (IDT, 2010). “No sul da Europa, aproximadamente uma entre 10 ocasiões propícias a beber, levam a um estado de intoxicação, enquanto que, na maioria dos países do norte da Europa, a maioria das ocasiões para beber resultam em intoxicação” Babor (2009, p.79).

Anderson e Baumberg (2006) referem que na Europa mais de 90% dos estudantes de 15-16 anos beberam álcool em algum momento da sua vida, iniciando o consumo em média aos doze anos e meio de idade, e embriagando-se pela primeira vez aos 14 anos.

O Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral em 2007, concluiu que cerca de 40% da população iniciou o consumo de bebidas alcoólicas entre os 15 e os 17 anos. Em 2001 este valor situava-se nos 30% e 11,2% dos adolescentes dos 15 -19 anos afirmavam ter-se embriagado no último mês, sendo que 0,5% referem esta ocorrência 10 ou mais vezes (Balsa e col., 2008 cit. por IDT, 2010).

Os adolescentes modelam o seu comportamento segundo as normas e valores do grupo a que pertencem. Em relação aos consumos apresentam

comportamentos de acordo com os modelos de conduta e as regras do grupo, pois o não cumprimento pode levar a atitudes de repressão ou até rejeição. O adolescente pode exprimir uma atitude de imitação de comportamentos, atitudes e valores dos outros membros do grupo. Na fase de integração no grupo pode ser induzido, a consumir álcool, para se sentir inserido no mesmo. Pode, portanto, haver pressão para consumir por parte dos pares, embora, por vezes, os adolescentes não percepcionem os pares como um grupo de pressão para comportamentos de risco.

Bonomo e col. (2004 cit. por Vilela, Macho e Almeida, 2011) mencionam que de acordo com os resultados dos estudos prospectivos, a perturbação de abuso de álcool nos adolescentes pode evoluir para a dependência de álcool na adulta, o que está associado a um aumento do risco de dependência de outras drogas.

Existem alguns factores de risco para um maior consumo nos adolescentes, sendo eles: ter pai ou mãe alcoólicos, início da ingestão antes dos 15 anos, ter comportamentos anti-sociais desde cedo, ter pais que criticam tudo e não promovem a auto estima, insucesso escolar, entre outros (Cordeiro 2009).

As razões que levam o adolescente a beber são variadas e incluem a curiosidade, o prazer, a conformidade com o grupo de pares, a pressão social, o encorajamento dos pais para celebrarem uma ocasião com uma bebida e mesmo o desejo de escapar ou esquecer os seus problemas pessoais.

Tal como foi referido em capítulos anteriores os estilos parentais, demasiado autoritários ou permissivos, parecem também contribuir para o consumo de álcool na adolescência. Os adolescentes bebem em casa com a família, nos cafés, restaurantes, bares e discotecas com os amigos, em reuniões de grupo, etc. “É importante que os pais que oferecem álcool aos filhos, ou que permitem o consumo na sua presença, em festas ou ocasiões especiais, tenham noção dos possíveis efeitos subsequentes” (Ferreira, 2008, p.54).

Em 2010 o presidente do IDT (João Goulão) referia que "crianças e jovens de 12 anos têm acesso ao álcool sem nenhuma dificuldade", e reclamava uma efectiva fiscalização, por parte das autoridades policiais e da Autoridade de Segurança Alimentar e Económica. Mencionava, ainda, que a mesma fiscalização até à data tinha sido insuficiente e que os mecanismos legais existentes eram pouco adequados à efectividade do controlo, ponderando uma possível necessidade de alterar algumas passagens da lei (Lusa, 2010).

Como já foi referido, os acidentes de viação são por vezes consequência do excesso de consumo de álcool na adolescência, é portanto necessário um esforço concentrado dos pais e das autoridades para diminuir as dramáticas estatísticas. O

presidente do IDT refere que, “não faz sentido a ideia de que os progenitores desconhecem o que fazem os filhos: os pais têm de saber que os filhos bebem quando saem à noite” e por isso, conclui, que estão a “demitir-se das suas responsabilidades enquanto educadores “ (Lusa, 2009).

Em conclusão, várias causas podem ser apontadas como responsáveis pelo aumento do consumo de álcool pelos adolescentes e em idades cada vez mais precoces como: fenómeno de socialização, enraizamento das tradições culturais, a publicidade, a falta de fiscalização e os atractivos dos locais de consumo. Entre os comportamentos indutores ao consumo de álcool pelos adolescentes temos a pressão do grupo de pares, a imitação comportamental, o conformismo, a liderança no seio do grupo e o consumo dos familiares.

### 3. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Neste capítulo abordaremos a importância da Educação para a saúde na promoção de estilos de vida saudáveis.

“A educação para a saúde é internacionalmente reconhecida, como parte integrante dos esforços para a prevenção das doenças e promoção da saúde “ (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005, p.16). As primeiras preocupações com a promoção da saúde surgiram após os anos 70, do século passado, devido às mudanças nos padrões de saúde e doença, ao aumento das doenças crónico-degenerativas e aumento dos gastos com a saúde. Como refere Costa (2008), foi em 1974 com o Relatório de Lalonde que o conceito de promoção de saúde adquiriu um novo significado, diferente do conceito de prevenção da doença, embora sejam abordagens complementares para conseguir ganhos em saúde e para a melhoria da qualidade de vida.

Foi na Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários em 1978, que se tornou pública a conhecida Declaração de Alma-Ata. A Conferência enfatiza a saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença (Alma-Ata,1978). O mesmo documento refere que a promoção e protecção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento económico e social. Esta conferência teve uma grande importância na mudança de orientação nas políticas de saúde.

*“...Surgiu o conceito abrangente de promoção da saúde que considera: a saúde como um direito fundamental e como importante objectivo social; equidade em saúde como elemento básico desta; estreita relação entre promoção da saúde e desenvolvimento económico (...) obrigação dos governos de cuidar da saúde das suas populações ...” (Costa 2008, p.41).*

Em 1986, a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, surge a emissão da “Carta de Ottawa para a promoção da

saúde”, que foi impulsionadora do conceito de promoção de saúde, onde intervir em promoção da saúde significa construir políticas saudáveis, assim a promoção da saúde está para além da prestação de cuidados de saúde (Ottawa,1986).

Moreira (2001, cit. por Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005, p. 105), considera que houve três movimentos teóricos diferentes que foram fundamentando os esforços preventivos: “O modelo informativo / comunicacional, enfatiza a importância dos factores cognitivos na mudança de atitudes, valoriza a transmissão de informação”. No modelo humanista para além da informação devem trabalhar-se as variáveis de tomada de decisão existindo um o papel activo dos sujeitos; no modelo neo-behaviorista “é a aprendizagem que está na base dos comportamentos, sendo necessário instruir os indivíduos sobre as estratégias de resistência à pressão dos pares e competências sociais”. Assim, temos vários modelos que podem fundamentar a orientação das acções dos educadores de saúde, em todas as fases do processo de intervenção.

A escola apresenta-se como um local privilegiado para a educação para a saúde, é um local onde muitos jovens passam grande parte do seu tempo. A informação facultada deve ser fundamentada do ponto de vista técnico e científico, promovendo a participação de toda a comunidade. As intervenções preventivas eficazes, baseadas na evidência científica devem ser desenvolvidas por profissionais com conhecimentos próprios no domínio específico da saúde, para os quais concorrem os sectores da educação e da saúde. Tal como refere Costa (2008, p.2) “Assumir os adolescentes como grupo de intervenção dos profissionais de enfermagem, exige saber atender às suas necessidades...”.

Vários autores referem que as intervenções de educação para a saúde mesmo sendo breves são eficazes (Ferreira, 2008). Contudo não devem ser isoladas, mas sim inseridas em programas de intervenção, envolvendo os estudantes e a escola. Em 2007 a Direcção Geral da Saúde (cit, Ferreira 2008, p.104) “referiu que, as acções de educação para a saúde devem ser abordadas pelos serviços dependentes do Ministério da Saúde, através das suas equipas multidisciplinares de Saúde Escolar”, sendo igualmente importante a colaboração de professores motivados para continuar a trabalhar o tema, após a intervenção da Saúde Escolar.

A educação para a saúde não se deve limitar a uma abordagem meramente informativa, devemos promover o envolvimento dos estudantes de modo a favorecer a aquisição de competências para a adopção de um estilo de vida saudável. Assim, programas que contemplem a educação para a saúde e a



promoção de competências assertivas, podem aumentar a sensibilização e exercer uma influência positiva sobre os comportamentos de risco.

A promoção para a saúde em meio escolar deve ser entendida como um processo em permanente desenvolvimento e “...só obterá resultados quando integrada no quotidiano escolar e deixar de ser uma actividade de certos professores e de algumas organizações exteriores à escola: para isso, as escolas precisam de se abrir ao exterior, em trabalho de parceria com o Centro de Saúde...” (Sousa e col., 2007, p. 10).

O Ministério da Educação e o Ministério da Saúde desde há vários anos que assumiram responsabilidades complementares, assinando um protocolo de colaboração para a Promoção da Saúde nas escolas, com uma parceria activa de ambos os sectores. O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), não teria sentido se não houvesse esta colaboração (DGS.2006). A gestão e avaliação deste programa é da responsabilidade das unidades de Saúde Pública, a operacionalização do mesmo pode ficar ao cuidado de outras unidades, como por exemplo as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). As equipas de Saúde Escolar integram enfermeiros especialistas em várias áreas, nutricionistas, psicólogos e outros técnicos, como os da saúde ambiental e acção social. O facto de ser uma equipa multidisciplinar ajuda a desenvolver os programas com maior eficácia junto da comunidade escolar.

Como já foi referido, as opções tomadas pelos jovens em relação ao estilo de vida influenciam a saúde na idade adulta, assim os adolescentes são um grupo importante para campanhas de educação para a saúde e de sensibilização. Mas como refere Ferreira (2008) os adolescentes, não podem ser os únicos responsáveis pela aprendizagem de todos os comportamentos que possam afectar a sua saúde no futuro. A influência dos adultos significativos e dos pais é essencial para a formação dos adolescentes, assim será também necessário que a escola envolva os pais nestes programas.

Ginzberg (1991 cit. por Ferreira, 2008) refere que a adolescência pode ser considerada como uma etapa de risco para a saúde e também um período crítico para intervenções de promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis. Na verdade a adesão aos programas pode, por vezes, ser complicada, pois os adolescentes muitas vezes não percebem o risco dos seus comportamentos. A intervenção nesta população requer alguma experiência por parte do profissional, pois deve ser realizada através dinâmicas de grupo onde emerge um processo de comunicação, que permite a compreensão de opiniões, emoções, acções e de como estas podem influenciar o comportamento de saúde.

Uma das competências importantes a trabalhar nestas dinâmicas será a assertividade. Guiomar Gabriel (1996 cit. por Luís e col, 2010, p.69) refere “A assertividade é o acto de defender os direitos pessoais e exprimir pensamentos, sentimentos e convicções de forma apropriada, directa e honesta, de modo a não violar os direitos dos outros. É, como tal, um estilo de comunicação que nos permite ser mais construtivos na relação com os outros”. Assim sessões dinâmicas onde se promova a partilha de opiniões e emoções, criam no adolescente aptidões para desenvolver comportamentos assertivos ajudando também a explorar o tema a debater. Outra competência a promover será o autoconceito e a auto-estima. Esta última corresponde aos aspectos avaliativos e emocionais do individuo (Fachada, 2010). Os adolescentes que têm uma baixa auto-estima têm pensamentos negativos sobre si próprios e têm mais dificuldade de relacionamento com os outros. Quem possui uma auto-estima elevada, quem se aprecia e valoriza a si mesmo, poderá relacionar-se com os outros no mesmo plano. Como referido os adolescentes têm uma auto-estima mais elevada quando sentem que são amados pela família. A promoção da auto-estima vai levar o adolescente a ter um auto conceito mais elevado.

A pressão dos pares também é uma competência que deve ser trabalhada, quando abordamos os consumos nocivos. Uma das características dos processos de influência social, é o facto do adolescente ser influenciado sem ter essa percepção. As intervenções pretendem aumentar a consciência dos estudantes acerca destes processos, ajudando a aumentar a sua capacidade para decidir melhor perante uma pressão de outro par (Vitória e col. 2000). Este facto é muitas vezes desvalorizado pelos adolescentes, revelando que não são pressionados pelos pares e que sabem como enfrentar estas situações.

Tal como refere Matos e Sampaio (2009). a abordagem dos problemas do álcool e de outras substâncias exige um esforço dos educadores, para que o adolescente compreenda o significado dos consumos excessivos, exigindo também responsabilidade dos adolescentes para fazerem as escolhas certas.

“ Estudar os comportamentos de saúde dos adolescentes e os factores que os influenciam é essencial para o desenvolvimento de políticas de educação para a saúde, para a promoção da saúde e para programas e intervenções dirigidas a adolescentes” (Matos e col. 2006, p.13). Tal como refere Brundtland Directora-Geral da OMS em 2000 “Um programa de saúde escolar efectivo (...) é o investimento de custo-benefício mais eficaz que um País pode fazer para melhorar, simultaneamente, a educação e a saúde” (DGS, 2006 p. 3).

## 4. DESENHO DO ESTUDO

Ao longo deste capítulo abordaremos toda a fase metodológica do nosso estudo.

Segundo Fortin (2009, p.132) “o desenho de investigação é um plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às suas questões de investigação...”.

A evidência científica demonstra que os comportamentos desviantes nomeadamente o consumo de álcool na adolescência, podem levar ao risco de aparecimento de doenças na vida adulta. Os problemas causados pelo consumo de álcool levam a um aumento dos custos em saúde. Assim será necessário investir na prevenção, promovendo estilos de vida mais saudáveis, para que estes adolescentes de hoje, sejam adultos saudáveis amanhã.

As equipas multidisciplinares de saúde escolar, compostas maioritariamente por enfermeiros, operacionalizam programas sobre a prevenção dos consumos nocivos e a promoção de estilos de vida saudáveis, com base nas orientações de carácter geral que existem no PNSE. Pelo facto de se tratar de um plano nacional, as intervenções em saúde escolar devem ser estruturadas após uma avaliação das necessidades da população. Segundo Fortin (2009, p.15) “a investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento...”. A aquisição de novos conhecimentos, permite também examinar fenómenos com o objectivo de obter respostas a questões que merecem uma investigação.

Como foi referido anteriormente, a escola é o local onde os adolescentes passam a maior parte do seu tempo, local privilegiado para intervenções que podem produzir a mudança nos comportamentos. Essa é a grande motivação da investigadora, ao implementar os programas de intervenção escolar da sua equipa, visando obter ganhos em saúde para o individuo e diminuir os custos futuros ao

Estado. Permite assim realçar o papel dos enfermeiros nos cuidados de saúde primários.

A investigadora, que integra a equipa de saúde escolar como coordenadora, com base no conhecimento da realidade e do debate com coordenadores de educação para a saúde, responsáveis pelo projecto de saúde na sua escola / agrupamento concordam com Ferreira (2008, p.85), quando refere que:

*“...Muitos dos comportamentos de risco em que os adolescentes se envolvem comprometem a sua saúde; (...) Os resultados negativos para a saúde, resultantes dos comportamentos de risco, têm impacto na saúde do adolescente, da família e da comunidade; Há muito a fazer no campo da promoção da saúde e prevenção da doença na adolescência; os enfermeiros são um grupo profissional bem posicionado para a promoção da saúde e prevenção da doença; As escolas são contextos privilegiados para abordar os adolescentes e para planear intervenções que propiciem a participação dos alunos na construção da sua própria saúde”.*

Segundo Fortin (2009, p.101) “a questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui (...) as variáveis e a população a estudar”.

Pretendemos com este estudo responder à seguinte questão de investigação:

*“Quais são os conhecimentos dos adolescentes sobre os riscos do consumo de álcool?”*

Esta investigação sobre os comportamentos de risco teve como grande objectivo criar um programa de intervenção para os adolescentes que frequentam o 3º ciclo em escolas públicas do concelho de Santo Tirso

## **4.1. Objectivos e Hipóteses do Estudo**

Na introdução a este capítulo abordámos a motivação e a questão de investigação do estudo. Neste subcapítulo será descrito quais foram os objectivos e as hipóteses da investigação.

Todos os trabalhos têm um ou mais objectivos, são estes que nos orientam ao longo do nosso percurso. Segundo Fortin (2009, p.100) “o objectivo de um

estudo indica o porquê da investigação, (...) é um enunciado declarativo que precisa as variáveis – chave, a população alvo e a orientação da investigação”.

Assim para o nosso estudo foram planeados os seguintes objectivos:

#### Objectivos gerais

- Conhecer os hábitos de consumo de álcool dos adolescentes que frequentam o 3º ciclo em escolas públicas, do concelho de Santo Tirso
- Avaliar os conhecimentos sobre as consequências do consumo de álcool dos adolescentes que frequentam o 3º ciclo em escolas públicas, do concelho de Santo Tirso, tendo como perspectiva a criação de uma intervenção em promoção da saúde.

#### Objectivos específicos

- Analisar os hábitos de consumo de álcool dos adolescentes que frequentam o 3º ciclo em escolas públicas do concelho de Santo Tirso;
- Conhecer os padrões de consumo de álcool dos adolescentes que frequentam o 3º ciclo em escolas públicas do concelho de Santo Tirso
- Identificar os conhecimentos dos adolescentes que frequentam o 3º ciclo em escolas públicas do concelho de Santo Tirso sobre as consequências do consumo de álcool.
- Obter informação necessária para estruturar um programa de educação para a saúde centrado nas necessidades da população estudada.

Segundo Fortin (2009, p.102) "uma hipótese é um enunciado das relações previstas entre duas ou mais variáveis (...) As hipóteses são a base para expansão dos conhecimentos quando se trata de refutar ou apoiar uma teoria”.

As hipóteses de investigação formuladas para o nosso estudo foram:

- Existe relação estatisticamente significativa entre o sexo dos adolescentes e os seus hábitos de consumo de álcool.
- Existe relação estatisticamente significativa entre a idade dos adolescentes e os hábitos de consumo de álcool.
- Existe relação estatisticamente significativa entre o sexo dos adolescentes e a idade de início de consumo de álcool.
- Existe relação estatisticamente significativa entre o sexo dos adolescentes e a ocorrência de embriaguez.

- Existe relação estatisticamente significativa entre a idade dos adolescentes e a ocorrência de embriaguez.
- Existe relação estatisticamente significativa entre o sexo dos adolescentes e o tipo de bebidas alcoólicas que ingerem.
- Existe relação estatisticamente significativa entre o consumo de bebidas alcoólicas dos pais e o consumo de bebidas alcoólicas dos adolescentes.
- Existe relação estatisticamente significativa entre a posição dos adolescentes na frateria e os hábitos de consumo de bebidas alcoólicas.

## 4.2. Tipo de Estudo

Este estudo situou-se no paradigma quantitativo, segundo Fortin (2009, p.22) este método de investigação define-se como “...um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, (...) tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, predizer e controlar os acontecimentos”. Os dados do nosso estudo não serão generalizados uma vez que não são representativos da população adolescente portuguesa, assim como a intervenção uma vez que será desenhada com base nos resultados obtidos nos adolescentes participantes de cada escola e tendo por base os seus conhecimentos e necessidades.

Segundo Sousa, Driessnack e Mendes (2007, p.184)

*“desenhos de pesquisa quantitativos geralmente reflectem uma filosofia determinista que está baseada no paradigma ou na escola de pensamento pós-positivista. (...) Examinam causa, e como diferentes causas interagem e/ou influenciam resultados (...) A abordagem é tipicamente dedutiva, (...) a maioria das ideias ou conceitos é reduzida a variáveis e são testadas as relações ....”.*

O nosso estudo foi de carácter exploratório / descritivo, pretendeu avaliar quais são os conhecimentos dos inquiridos em relação aos efeitos e consequências do consumo de álcool. Estudos descritivos ou exploratórios são usados quando existe pouca informação sobre um fenómeno em particular que queremos estudar.

Assim os resultados deste tipo de estudo podem ser baseados na medição e interpretação dos dados daquela população.

### 4.3. Instrumento de Recolha de Dados

Ao longo deste subcapítulo será abordado o processo de construção do instrumento de recolhas de dados.

A natureza do problema em estudo determina a escolha do método de recolha de dados. Segundo Fortin (2009, p.240) “num estudo descritivo, o investigador descreve os factores ou variáveis e detecta relações entre estas variáveis (...) escolherá, métodos de colheita mais estruturados, tais como, o questionário, entrevistas estruturadas ...”.

O instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo, foi um questionário que engloba uma escala adaptada do questionário de Salvador (2008), que autorizou a sua utilização (ANEXO I).

Para Fortin (2009, p.249) “um questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos (...) um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis”. Este instrumento ajuda a organizar os dados colhidos, pode ser de rápida aplicação, podendo ser aplicado a um grande número de elementos. O questionário foi o instrumento de recolha de dados seleccionado para a nossa investigação porque se pretendia estudar uma população bastante numerosa num curto espaço de tempo e por permitir aos inquiridos sentirem-se mais seguros do anonimato das respostas. O anonimato é muito importante para os adolescentes, principalmente quando os questionámos sobre os seus comportamentos. Como refere Breda (2010, p.30) “...estudos sobre esta problemática demonstram que a aplicação de questionários auto preenchidos pode fornecer estimativas válidas do consumo de bebidas alcoólicas e de comportamentos ligados ao álcool...”.

Na construção de um instrumento de recolha de dados devemos preocupar-nos com a fidelidade e a validade desse instrumento, pois tal como refere Fortin (2009, p.225) “...são características essenciais que definem a qualidade de

qualquer instrumento de medida...”. Também Ribeiro refere (1999, p.113) “a validade é a garantia que o teste dá, que mede o que se propõe medir”. A validade e a fiabilidade não se aplicam igualmente em todos os instrumentos de colheita. Assim, após a construção do questionário foi necessário testar a sua validade. Segundo Green e Lewis (cit. por Fortin, 2009, p.230) a validade do conteúdo de uma escala de medida pressupõem cinco etapas, entre estas está a revisão da literatura, a reflexão pessoal sobre os conceitos, identificação dos enunciados e a sua utilização em outros trabalhos. Fortin (2009, p.230) refere ainda que uma outra abordagem “...consiste em recorrer a peritos para julgar a escolha de enunciados de um instrumento de medida...”.

Para testar a validade a investigadora recorreu a um grupo de peritos constituído por Enfermeiros Especialistas: 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária e 7 Enfermeiros Especialistas de Saúde Infantil e Pediatria, destes 5 são auxiliares pedagógicos da ESEP. O grupo de peritos fez uma análise dos itens do questionário e sugeriu pequenas alterações.

Como foi referido foi necessário testar a fidelidade do instrumento, pois esta designa a precisão dos resultados da escala. Segundo Ribeiro (1999, p.112) “os tipos de fidelidade que podem ser identificadas num teste são: teste-reteste, formas alternativas, imediatas ou em tempos diferentes, duas metades, alfa de Cronbach ou Kuder-Richardson,...”. O coeficiente alfa de Cronbach, é referido por vários autores como um teste que fornece a medida de consistência interna e que esta é encontrada com base na média das intercorrelações entre todos os itens do teste, sendo aceitáveis valores acima de 0,60 (Ribeiro 1999, Hill e Hill 2009). Dos diferentes tipos de coeficiente de fiabilidade, alfa é o coeficiente com maior valor e mais popular (Hill e Hill, 2009). A escala utilizada nesta investigação apresentou um alfa de Cronbach de 0,703 considerado como razoável por o valor se encontrar entre 0,7 e 0,8 (Hill e Hill, 2009).

Ainda para testar a fidelidade foi realizado um pré-teste a uma amostra de 134 estudantes de uma das escolas englobadas no estudo, constituída por alunos do 7º e 9º anos com mais dificuldades e mais baixo rendimento escolar. O pré-teste permitiu avaliar se as questões utilizadas eram perceptíveis pelos estudantes, não apresentavam ambiguidade e o tempo necessário para o preenchimento do questionário. Após o pré-teste foi retirado a afirmação 17 “É bom / agradável o sabor das bebidas alcoólicas” da escala de avaliação de conhecimentos, por este causar muitas dúvidas na resposta, aos adolescentes que nunca tinham experimentado bebidas alcoólicas. Foi ainda acrescentado à questão dos hábitos familiares de consumo de bebidas alcoólicas, o item “Não sei”, pois os adolescentes



que residiam só com um dos progenitores, revelaram dificuldade em responder à totalidade da questão. Com a investigadora presente na sala foi possível os primeiros estudantes inquiridos, acrescentarem a opção de resposta “não sei”.

O questionário para a recolha de dados “*Conhecimentos dos adolescentes sobre os riscos do consumo de álcool*” (ANEXO II) foi aplicado pela investigadora em sala de aula, após terem sido dadas indicações para o seu preenchimento. O tempo de preenchimento variou entre 10 a 15 minutos.

Os itens do questionário eram na sua maioria fechados, fornecendo ao estudante uma série de opções de escolha.

As variáveis em estudo foram:

- Sócio-demográficas: idade, sexo, ano de escolaridade, elementos com quem coabita, nível de escolaridade dos pais, idade dos irmãos;
- Hábitos de consumo de álcool: pessoais e dos pais, idade da primeira ingestão, qual a bebida, quem ofereceu, bebidas que costuma consumir, em que circunstâncias costuma beber e ocorrência de embriaguez;
- Avaliação dos conhecimentos realizada através de uma escala com afirmações sobre: conhecimentos, crenças positivas e negativas do consumo de bebidas alcoólicas.

A escala apresenta-se sob a forma de afirmações e pretendeu-se que os adolescentes respondessem usando uma escala tipo Likert de 4 pontos em que o valor 1 corresponde a concordo totalmente; o 2 a concordo; o 3 a discordo e o 4 a discordo totalmente.

O instrumento de colheita era anónimo pois não incluiu nenhum espaço para os adolescentes se identificarem, permitindo portanto que este se sinta à vontade para responder com sinceridade, diminuindo desta forma o risco de enviesamento. A colheita de dados decorreu entre 25 de Março e 23 de Maio de 2011.

## 4.4. População

Neste subcapítulo será caracterizada a população alvo do nosso estudo, a justificação para a sua escolha bem como os critérios de inclusão.

“Uma população é uma colecção de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios (...) estes são guias importantes para a escolha dos elementos da amostra ” (Fortin 2009, p.202).

O estudo foi realizado com a população estudantil do 3º ciclo de 4 escolas públicas do parque escolar da UCC Santo Tirso, pertencente ao ACES Santo Tirso / Trofa, num total de 1172 estudantes desse mesmo ciclo.

O Concelho de Santo Tirso fica situado no norte do país, é um concelho entre o Grande Porto e o Vale do Ave, delimitado a norte pelos concelhos de Vila Nova de Famalicão e Guimarães, a nordeste por Vizela e Lousada, a Este por Paços de Ferreira, a Sul pelo concelho de Valongo e a Oeste pelos concelhos da Trofa e Maia. É atravessado pelos rios Ave, Vizela e Leça. O seu território é caracterizado por um relevo montanhoso, apesar de estar num acelerado processo de urbanização, preserva e privilegia os espaços rurais e a paisagem natural.

As instituições seleccionadas são duas escolas secundárias e uma EB 2/3 localizadas no centro da cidade, a outra EB 2/3 a cerca de 10 km do centro da cidade. O parque escolar da equipa da UCC é constituído por cerca de 8 mil alunos distribuídos pelos diferentes ciclos. Com estas instituições existe uma parceria que se tornou mais efectiva nos últimos anos, evidenciando-se junto dos professores, o papel fulcral dos enfermeiros na prevenção de comportamentos de risco e promoção de estilos de vida saudáveis.

Foram seleccionadas as escolas públicas, do parque escolar da UCC Santo Tirso, pertencente ao ACES Santo Tirso / Trofa, pelo facto de a investigadora exercer funções de Enfermeira Especialista nesta UCC, ser responsável pela coordenação da saúde escolar, ter identificado a necessidade de criar um programa de intervenção na área dos comportamentos de risco e atendendo ainda que a implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar é obrigatória em escolas públicas e instituições particulares de solidariedade social, pois para as escolas privadas é necessário assinar um protocolo com a definição do tipo de apoio a prestar.

Considerando que se pretendia obter informação necessária para poder fazer um desenho de uma educação para a saúde a inscrever nas actividades do ACES e das escolas por ele abrangidas no próximo ano lectivo, ainda nos projectos de intervenção do novo plano da UCC em 2013 e o total da população ser de 1172 estudantes optou-se por trabalhar toda a população em vez de se seleccionar uma amostra representativa da mesma.

Os critérios de inclusão no estudo foram:

- ser estudante do 3º ciclo, das escolas públicas do parque escolar da UCC Santo Tirso;
- ter consentimento assinado pelo encarregado de educação;
- aceitar participar no estudo.

Participaram no estudo os 808 estudantes cujos pais assinaram e devolveram o consentimento informado autorizando os seus filhos a integrarem a investigação, pois todos estes adolescentes mostraram vontade de o fazer.

#### 4.5. Operacionalização das Variáveis

Uma vez realizada a colheita de dados, foi necessário proceder ao seu tratamento. Neste subcapítulo será descrito processo de associação dos itens do questionário. Assim foram associados alguns dados, principalmente quando um item permite mais do que uma resposta, criando categorias. No nosso estudo foram recodificadas as seguintes variáveis:

- O agregado familiar foi recodificado de acordo com Alarcão (2002) nos seguintes tipos: **Família nuclear intacta** (pais e irmãos), **Família monoparental** (mãe e irmãos; pai e irmãos ou só um dos progenitores), **Família reconstituída** (mãe, padrasto e irmãos; pai, madrasta e irmãos; mãe e padrasto), **Família alargada** (presentes pais e avós; pai e avós; mãe, avós e outros); **outros** (avós; irmãos e avós; padrinhos; tios; irmãos e cunhada);

- Escolaridade dos progenitores foi recodificada em: **ensino básico; ensino secundário e curso superior;**
- Idade dos irmãos recodificada em: **mais novos; mais velhos; mesma idade; mais novos e mais velhos;**
- Hábitos de consumo dos progenitores foi recodificado em: **bebe às refeições** (bebe sempre à refeição; bebe às vezes à refeição); **bebe fora das refeições** (bebe fora das refeições; bebe só em festas; bebe ao pequeno almoço); **bebe às refeições e fora das refeições; não bebe/deixou de beber;**
- Idade do primeiro consumo foi recodificada em: **criança** (dos 5 aos 9 anos); **1ª fase da adolescência** (entre os 10 e os 13 anos); **2ª fase da adolescência** (entre os 14 e os 16 anos);
- Quem ofereceu a primeira bebida foi recodificada em: **família** (pai, mãe, irmãos, avós); **amigos** (amigos); **família e amigos** (pais e amigos) e **ninguém;**
- Que bebida costumas beber foi recodificada em: **fermentadas** (vinho, champanhe, cerveja); **destiladas** (vodka/whisky, shots, cocktail); **fermentadas e destiladas;**
- Em que circunstâncias costumas beber foi recodificada de acordo com as diferentes respostas dadas pelos adolescentes em: **sozinho** (em casa sozinho); **família** (em casa com a família, festas em casa); **família e amigos** (em casa com a família e bar ou discoteca, em casa com a família e em casa com amigos, festas com amigos e em casa com a família); **amigos** (em casa com amigos, festas com amigos, no bar ou discoteca).

As restantes variáveis foram tratadas, conforme estavam apresentadas no questionário. Na análise das variáveis foram eliminados o “não sei” e o “não responde”.

## 4.6. Tratamento Estatístico

Para podermos proceder à análise estatística, foi realizada uma base de dados no programa *SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 19*.

“A estatística é a ciência que permite estruturar a informação numérica medida num determinado número de sujeitos” (Fortin, 2009, p.269), intervém em várias etapas de uma investigação quantitativa, como por exemplo, na análise dos dados, na apresentação dos resultados estatísticos pertinentes e na resposta às questões de investigação (Fortin, 2009).

Para análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, para descrever dados como as características socio demográficas através de indicadores, como é o caso da média, moda e desvio padrão, bem como a distribuição das frequências (Pestana & Gageiro, 2005). Posteriormente, procedeu-se à estatística inferencial, esta requer o conhecimento das probabilidades, que são realizadas através de intervalos de confiança e de testes estatísticos paramétricos e não paramétricos. A escolha do tratamento estatístico adequado requer a identificação dos níveis de medidas das variáveis ou escalas (Pestana & Gageiro, 2005). Neste estudo podem ser identificadas variáveis nominais, ordinais e intervalares.

A inferência estatística consiste num conjunto de métodos utilizados para tomar decisões ou retirar conclusões acerca da população do nosso estudo. Segundo Fortin (2009, p.283) “os dois principais objectivos da inferência estatística são o estabelecer parâmetros e a verificação de hipóteses”.

“A inferência estatística permite confrontar duas hipóteses: hipótese nula e a hipótese de investigação. A decisão de não rejeitar a hipótese nula fundamenta-se na probabilidade de que as diferenças observadas sejam aleatórias” (Fortin, 2009, p.304). Assim esta é baseada no facto de tolerarmos uma baixa probabilidade de erro. “Esta probabilidade denomina-se de nível de significância do teste, (...) que define-se como a probabilidade de rejeitar a hipótese nula quando ela é verdadeira” (Fortin, 2009, p.287).

Para testar as hipóteses podemos utilizar testes paramétricos ou não – paramétricos, no nosso estudo foi utilizado o teste t, Qui – Quadrado e Coeficiente de Ró de Spearman.

Os testes paramétricos t podem aplicar-se em amostras independentes ou amostras emparelhadas, servem para testar hipóteses sobre médias, de uma variável de nível intervalar numa dicotómica. A aplicação de testes paramétricos está sujeita à verificação de pressupostos, como a distribuição normal da amostra se o valor do N inferior a 30 e a homogeneidade da variância (Pestana & Gageiro, 2005). Nos nossos testes prescindiu-se da verificação da normalidade pelo facto de a nossa população apresentar um N superior a 30.

O coeficiente de correlação de Ró de Spearman mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais ou intervalares. O valor deste varia entre -1 e 1, quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação entre as variáveis, o sinal negativo da correlação significa que as variáveis variam em sentido contrário (Pestana & Gageiro, 2005).

De acordo com Pestana & Gageiro (2005) o teste não paramétrico de Qui-Quadrado aplica-se a uma amostra onde a variável nominal tem duas ou mais categorias.

## 4.7. Questões Éticas

Ao longo deste subcapítulo serão abordados as considerações éticas neste estudo.

Investigações efectuadas com seres humanos levantam questões morais e éticas (Fortin, 2009, p.113) e devem ter sempre em conta os princípios éticos ou os direitos determinados pelo código de ética. A escolha do tipo de investigação determina quais são os problemas éticos com que nos vamos deparar.

Em Dezembro de 2010 foi solicitada a autorização para realizar este estudo ao Director do Conselho Executivo do ACES Santo Tirso / Trofa (ANEXO III), aos Directores Executivos das escolas seleccionadas (ANEXO IV), bem como, a aprovação do questionário à Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC) (ANEXO V).

Este estudo assegurou o direito ao anonimato e confidencialidade. Este direito deve ser respeitado em todas as investigações, o sujeito não pode ser

identificado, nem pelo próprio investigador quando analisa os dados. Assim o questionário não apresentava qualquer local para registar a identificação do estudante. Tinha um item para identificar a escola, pois este dado é necessário para o diagnóstico de situação em cada escola e para a estruturação do programa de acordo com as especificidades dos dados encontrados.

Segundo Polit e Hungler (1995 cit. por Fortin 2009, p.119), “os sujeitos têm direito a receber um tratamento justo e equitativo, antes, durante e após a sua participação num estudo”.

“Obter um consentimento escrito, livre e esclarecido da parte dos sujeitos é essencial à manutenção da ética na conduta da investigação (...) O investigador fornece uma descrição do estudo, precisa os objectivos e a informação que deseja obter” (Brent, 1990; Cassidy e Oddi, 1986 cit. por Fortin, 2009, p. 120). Assim, para o cumprimento deste direito, o estudante e o seu encarregado de educação foram informados sobre a natureza do estudo, a sua duração, objectivo e finalidade. Antes da colheita de dados e de acordo com o combinado com o Conselho Executivo de cada escola, cada director de turma entregou aos estudantes um documento dirigido ao seu encarregado de educação, para este manifestar o seu consentimento para o seu educando participar no estudo (ANEXO VI), por serem menores e do ponto de vista legal e ético, não terem competência para dar a sua autorização. Só fizeram parte do estudo os adolescentes que apresentaram o consentimento assinado.





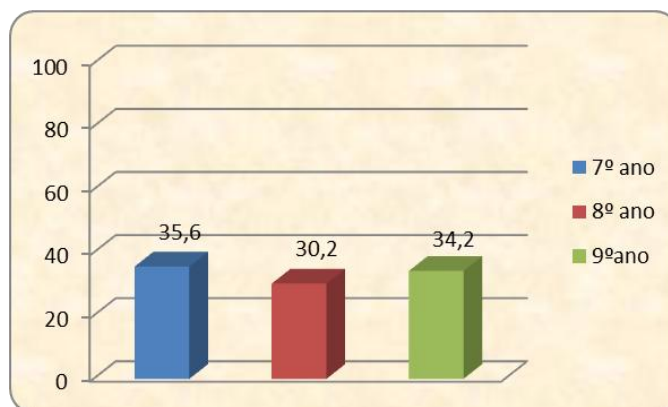
## 5. RESULTADOS

O presente capítulo destina-se a apresentar e analisar os resultados do estudo.

### 5.1. Caracterização da População

A população do estudo foi constituída por 808 adolescentes que frequentavam o 3º ciclo do ensino básico, provenientes de quatro escolas públicas do concelho de Santo Tirso, a taxa de resposta foi de 68,9% pois a população alvo é de 1172 estudantes. Destes, 288 (35,6%) frequentavam o 7º ano; 244 (30,2%) o 8º ano e 276 (34,2%) o 9º ano, tal como se pode visualizar no Gráfico 1.

**GRÁFICO 1:** Distribuição dos adolescentes por ano de escolaridade



Os adolescentes tinham idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos, sendo a média de 13,60 anos, a moda de 14, com um desvio padrão de 1,14, verificou-se que 61,7% (n=499) dos inquiridos têm 13 anos ou 14 anos, como se pode visualizar na Tabela 2.

**TABELA 2:** Distribuição dos adolescentes por idade

Idade dos adolescentes	n	%
11	2	0,2
12	148	18,3
13	236	29,2
14	263	32,5
15	117	14,5
16	33	4,1
17	8	1
18	1	0,1
<b>Total</b>	808	100

Dos adolescentes que participaram no estudo 52,2%, (n=422) são do sexo feminino e 47,8%, (n=386) do masculino.

Relativamente ao tipo de família verificou-se que 68,1%, (n=550) dos participantes provêm de famílias nucleares e 2,0%, (n=16) habitam com avós, irmãos, tios ou padrinhos, tal como se pode visualizar na Tabela 3.

**TABELA 3:** Distribuição do Tipo de Família

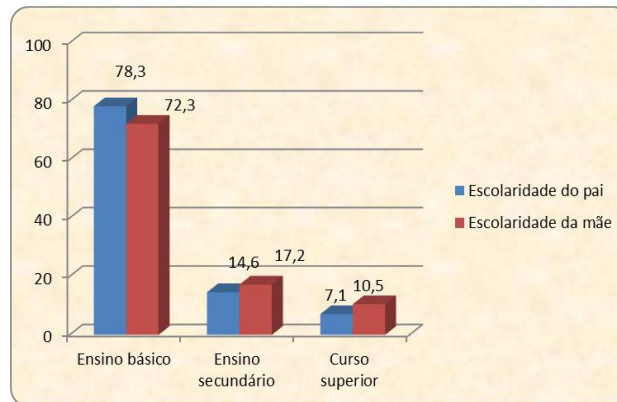
Tipo de Família	n	%
Família nuclear intacta	550	68,1
Família monoparental	77	9,5
Família reconstituída	35	4,3
Família alargada	130	16,1
Outros	16	2
<b>Total</b>	808	100

As habilitações literárias de 78,3%, (n=616) dos pais dos adolescentes são ao nível do ensino básico e 7,1%, (n=56) estão habilitados com um curso superior. Responderam a esta questão 97,4%, (n=787) do total da população (Gráfico 2).

Quanto às habilitações literárias das mães dos adolescentes 72,3%, (n=579) possuem o ensino básico e 10,5%, (n=84) estão habilitados com um curso superior. Responderam a esta questão 99,1%, (n= 801) do total da amostra.

Como se pode verificar pela análise do Gráfico 2, as mães dos participantes apresentavam um nível de escolaridade superior ao dos pais dos participantes.

**GRÁFICO 2:** Habilitações literárias dos progenitores dos adolescentes



Quanto à existência de irmãos, verificou-se que 27,4%, (n=221) dos adolescentes não tinham irmãos. Dos que referiram possuir irmãos: 44,3%, (n=260) tinham irmãos mais novos; 45,3%, n=266 tinham irmãos mais velhos e 0,5%, (n=3) tinham irmãos gémeos, como se pode visualizar na Tabela 4.

**TABELA 4:** Idades dos irmãos

Idade dos irmãos	n	%
Mais novos	260	44,3
Mesma idade	3	0,5
Mais velhos	266	45,3
Mais novos e mais velhos	58	9,9
Total	587	100

No que concerne aos hábitos de consumo de bebidas alcoólicas dos progenitores, responderam à questão referente ao hábito do pai 94,7%, (n=765) dos participantes.

Na análise da Tabela 5, podemos verificar que os pais ingerem álcool principalmente às refeições 72,3%, (n=553); 10,1%, (n=77) bebem fora das refeições e 6,8% (n=52) ingerem bebidas às refeições e fora das refeições.

**TABELA 5:** Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas do pai dos adolescentes

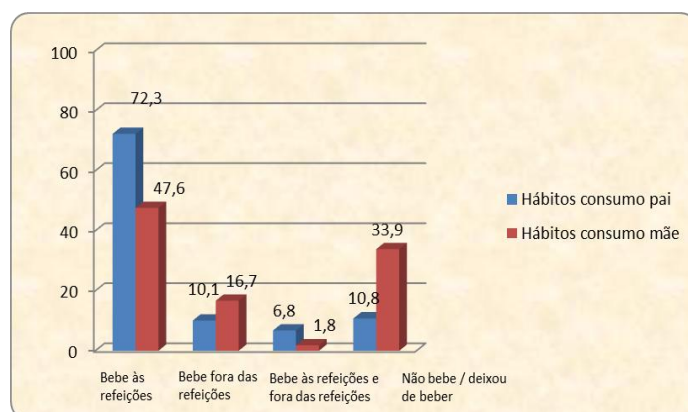
Hábitos de Consumo do Pai	n	%
Bebe às Refeições	553	72,3
Bebe fora das Refeições	77	10,1
Bebe às refeições e fora das refeições	52	6,8
Não bebe/ deixou de beber	83	10,8
Total	765	100

Quanto aos hábitos de consumo de álcool pelas mães dos adolescentes, responderam a esta questão 94,9%, n=767 do total dos participantes. Como se pode verificar na Tabela 6 os hábitos de consumo das mães dos adolescentes eram principalmente às refeições 47,6%, (n=365); 16,7%, (n=128) bebem fora das refeições e 1,8%, (n=14) ingerem bebidas às refeições e fora das refeições.

**TABELA 6:** Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas da mãe dos adolescentes

Hábitos de Consumo da Mãe	n	%
Bebe às Refeições	365	47,6
Bebe fora das refeições	128	16,7
Bebe às refeições e fora das refeições	14	1,8
Não bebe/ deixou de beber	260	33,9
Total	767	100

Quando se comparam os hábitos de consumo de álcool dos progenitores (Gráfico 3), verificamos que a percentagem de pais que consome às refeições é superior à das mães. No entanto o número de mães que consomem fora das refeições é superior à dos pais, aqui estão incluídas as festas; é de relevar que cerca de 34% das mães não ingerem bebidas alcoólicas, sendo esta percentagem de 10,8% nos pais.

**GRÁFICO 3:** Hábitos de consumo de álcool dos progenitores

## 5.2. Hábitos de Consumo de Alcool dos Adolescentes

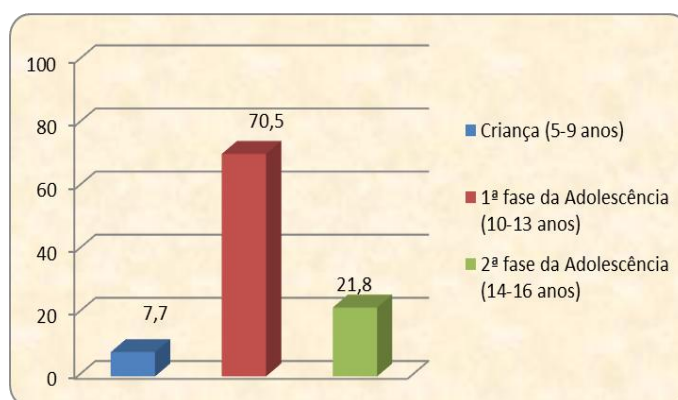
Concluiu-se que 39,9%, (n=322) dos adolescentes nunca tinham ingerido bebidas alcoólicas. Como se pode verificar na Tabela 7 os hábitos de consumo dos participantes que mencionaram já ter bebido, são principalmente em festas e comemorações 33%, (n=267); 25,5%, (n=206) beberam apenas uma ou duas vezes; 1,6%, (n=13) bebem todas as semanas.

**TABELA 7:** Distribuição dos hábitos de consumo dos adolescentes

Hábitos pessoais de consumo	n	%
Nunca bebi	322	39,9
Bebi uma ou duas vezes	206	25,5
Bebo todas as semanas	13	1,6
Bebo em festas/ comemorações	267	33
Total	808	100

Na análise da Gráfico 4, podemos verificar que a idade da primeira ingestão foi para 70,5%, (n=337) entre os 10 e os 13 anos; 7,7%, (n=37) mencionaram que ingeriram a primeira bebida entre os 5 e os 9 anos de idade e 21,8%, (n=104) entre os 14 e os 16 anos.

**GRÁFICO 4:** Idade da primeira ingestão alcoólica



A primeira bebida consumida pelos adolescentes foi do tipo fermentada para 77,5%, (n=355) dos participantes, para 22,5%, (n=103) destiladas (Tabela 8).

**TABELA 8:** Primeira bebida alcoólica consumida

Tipo de bebida	n	%
Fermentadas	355	77,5
Destiladas	103	22,5
Total	458	100

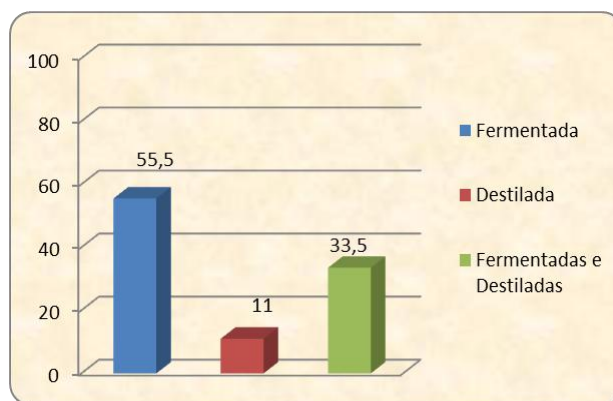
Quando questionados sobre quem lhes ofereceu a primeira bebida alcoólica (Tabela 9) verificou-se que para 39,3%, (n=190) dos participantes foi a família; em 29,0%, (n=140) foram os amigos; 25,3%, (n= 122) referem que ninguém ofereceu, tendo ingerido por sua livre vontade; 6,4%, (n= 31) mencionam que a primeira bebida foi oferecida por outros familiares (tios, padrinhos e primos) e amigos. Do total dos adolescentes que já beberam três não responderam a esta questão.

**TABELA 9:** Distribuição da população em relação a quem ofereceu a primeira bebida alcoólica

Quem ofereceu a primeira bebida alcoólica	n	%
Família	190	39,3
Amigos	140	29,0
Ninguém	122	25,3
Família e amigos	31	6,4
Total	483	100,0

As bebidas alcoólicas mais consumidas pelos adolescentes (Gráfico 5) foram fermentadas para 55,5%, (n=257) dos inquiridos; as menos consumidas as destiladas para 11,0%, (n=51) e 33,5%, (n=155) dos participantes referem que ingerem destiladas e fermentadas.

**GRÁFICO 5:** Tipo de bebidas alcoólicas que os adolescentes costumam ingerir



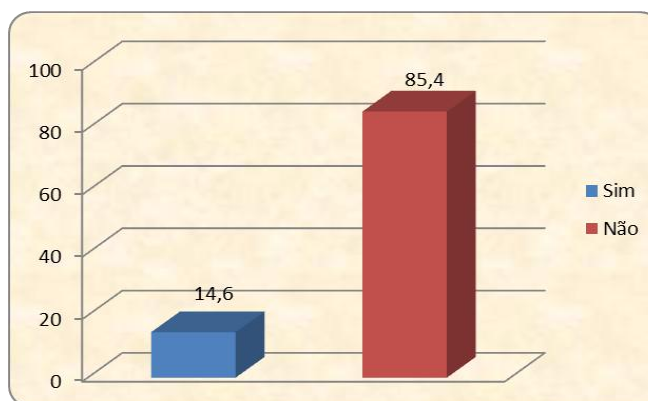
Os adolescentes ingerem bebidas alcoólicas mais na companhia da família 43,9%, (n=210) do que na companhia dos amigos 36,6%, (n=135); familiares e amigos 16,5% (n=79) ou sozinhos 2,9%, (n=14) como se pode verificar pela análise da Tabela 10. Os participantes que referiram beber com a família fazem-no em casa ou em festas, quando consomem com os amigos tanto o fazem em casa, como nos bares ou discotecas. Os que mencionaram que bebiam com familiares e amigos consomem em casa e em festas e os que bebem sós fazem - no em casa.

**TABELA 10:** Com quem os adolescentes ingerem bebidas alcoólicas

Com quem costuma beber	n	%
Sozinho	14	2,9
Família	210	43,9
Família e amigos	79	16,5
Amigos	175	36,6
Total	478	100,0

Relativamente à ocorrência de embriaguez verificou-se que dos adolescentes que já ingeriram bebidas alcoólicas: 85,4%, (n=408) nunca se embriagaram (Gráfico 6). Não responderam a esta questão 1,0%, (n=8) dos adolescentes.

**GRÁFICO 6:** Distribuição da população relativamente à ocorrência de embriaguez



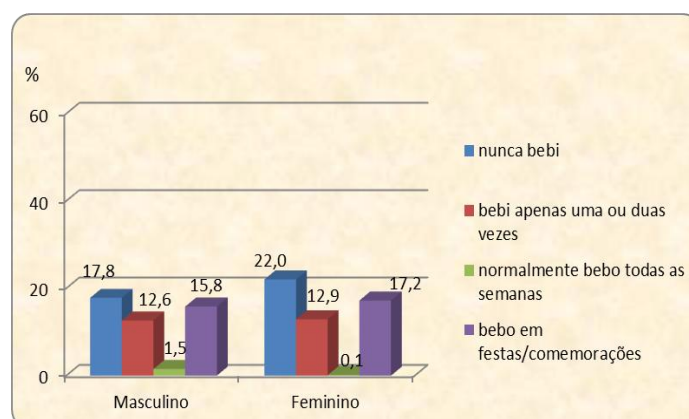
Após a caracterização da população procedemos à análise das hipóteses.

❖ **Sexo / hábitos pessoais de consumo de álcool.**

Como se pode verificar pela análise do Gráfico 7, conclui-se 17,8% (n=144) dos adolescentes do sexo masculino, referem que nunca ingeriram bebidas alcoólicas; 12,6%, (n=102) beberam apenas uma ou duas vezes; 15,8%, (n=128) só bebem em festas e comemorações e 1,5%, (n=12) normalmente bebem todas as semanas.

Os inquiridos do sexo feminino, 22,0%, (n=178) referem que nunca ingeriram bebidas alcoólicas; 12,9%, (n=104) que beberam apenas uma ou duas vezes; 17,2%, (n=139) que bebem em festas e comemorações e apenas 0,1%, (n=1) bebe todas as semanas (Gráfico 7).

**GRÁFICO 7:** Sexo e hábitos pessoais do consumo de bebidas alcoólicas





Relativamente à hipótese:

Existe relação estatisticamente significativa entre o sexo dos adolescentes e os seus hábitos de consumo de álcool.

Com a finalidade de verificar as diferenças entre os sexos relativamente aos hábitos pessoais de consumo de álcool, recorremos ao teste t de student.

**TABELA 11:** Hábitos pessoais de consumo de bebidas alcoólicas em função do sexo

t-test for Equality of Means				
Hábitos pessoais do consumo de bebidas alcoólicas	t	df	Sig	Mean Difference
	,902	806	,367	,082

A sua aplicação permitiu-nos constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos  $p=0,367$  relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas (Tabela 11).

Para um intervalo de confiança de 95%, podemos afirmar que a hipótese em análise não se confirmou.

Mesmo não havendo diferenças significativas a percentagem de rapazes que referem ter ingerido bebidas alcoólicas é superior à das adolescentes.

#### ❖ Idades dos adolescentes / hábitos pessoais de consumo de álcool.

Quando analisamos os hábitos pessoais de consumo de álcool em função da idade dos adolescentes (Tabela 12) verificamos que consoante aumenta a idade dos participantes diminui a percentagem dos que nunca beberam e aos 14 e 15 anos metade dos participantes ingerem bebidas em festas e comemorações e a partir dos 17 anos todos referem já ter bebido álcool pelo menos uma ou duas vezes.

**TABELA 12:** Idade e hábitos pessoais do consumo de bebidas alcoólicas

Hábitos pessoais de consumo	Idade								
	11	12	13	14	15	16	17	18	Total
<b>Nunca bebi</b>	0,0% n= 0	12,1% n= 98	14,2% n=115	9,8% n= 79	3,2% n=26	0,5% n=4	0,0% n=0	0,0% n=0	39,9% n=322
<b>Bebi uma ou duas vezes</b>	0,1% n=1	3,8% n=31	7,5% n=61	8,4% n=68	4,5% n=36	1,0% n=8	0,1% n=1	0,0% n=0	25,5% n=206
<b>Bebo todas as semanas</b>	0,0% n=0	0,2% n=2	0,0% n=0	0,4% n=3	0,4% n=3	0,5% n=4	0,1% n=1	0,0% n=0	1,6% n=13
<b>Bebo em festas/ comemorações</b>	0,1% n=1	2,1% n=17	7,4% n=60	14,0% n=113	6,4% n=52	2,1% n=17	0,7% n=6	0,1% n=1	33,0% n=267
<b>Total</b>	0,2% n=2	18,3% n=148	29,2% n=236	32,5% n=263	14,5% n=117	4,1% n=33	1,0% n=8	0,1% n=1	100,0% n=808

Relativamente à hipótese:

Existe relação estatisticamente significativa entre a idade dos adolescentes e os hábitos de consumo de álcool.

Com a finalidade de verificarmos se existe associação entre a idade dos adolescentes e os hábitos de consumo, aplicou-se o coeficiente de correlação de Ró de Spearman (Tabela 13).

**TABELA 13:** Hábitos pessoais de consumo de bebidas alcoólicas em função da idade

Spearman`s rho	hábitos pessoais do consumo de bebidas alcoólicas	Idade
<b>Correlation Coefficient</b>	1,000	,350
<b>Sig</b>		,000
<b>N</b>	808	808

A aplicação do teste permitiu-nos verificar que existe diferença significativa nos consumos. O valor do coeficiente de correlação é de 0,350 logo uma correlação

positiva entre fraca e moderada. Assim existe uma relação directa entre a idade e o consumo, verificando-se que há medida que aumenta a idade aumenta a percentagem de adolescentes que consomem bebidas alcoólicas.

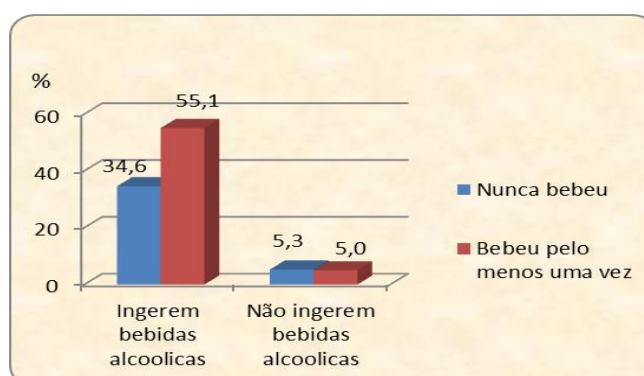
Para um intervalo de confiança de 95%, podemos afirmar que existe associação estatisticamente significativa entre a idade e os hábitos pessoais de consumo de bebidas alcoólicas.

### ❖ Consumo dos pais / consumo dos adolescentes

Para podermos verificar se existia associação entre o consumo de bebidas alcoólicas pelos pais e o dos adolescentes foi necessário recodificar as variáveis. Assim, as variáveis “consumo dos pais” e “consumo das mães” foram recodificadas em “Pais ingerem bebidas alcoólicas” e “Pais não ingerem bebidas alcoólicas”. Considerando-se ingerem, quando pelo menos um dos progenitores consome álcool. O consumo dos adolescentes foi recodificado em: “nunca bebeu” e “bebeu pelo menos uma vez”

Pela análise da Gráfico 8, pode concluir-se que, quando os pais ingerem bebidas alcoólicas, 34,6%, (n=277) dos adolescentes nunca bebeu e 55,1%, (n=443) bebeu pelo menos uma vez. Para o grupo de pais que não ingere bebidas alcoólicas verifica-se que 5,3%, (n=42) nunca bebeu e 5,0%, (n=40) bebeu pelo menos uma vez.

**GRÁFICO 8:** Consumo dos pais e hábitos de consumo dos adolescentes



Relativamente à hipótese:

Existe relação estatisticamente significativa entre o consumo de bebidas alcoólicas dos pais e o consumo de bebidas alcoólicas dos adolescentes.

Com a finalidade de verificar se existe associação entre os consumos dos pais e os consumos dos adolescentes recorremos ao teste de Qui-Quadrado (Tabela 14).

**TABELA 14:** Hábitos pessoais de consumo de bebidas alcoólicas dos pais em função do consumo de bebidas alcoólicas dos adolescentes.

Chi-Square Tests			
Pearson Chi-Square	Value	df	Sig
	4,99	1	,025

A aplicação do teste permitiu constatar que não existe associação entre os consumos dos pais e os dos adolescentes.

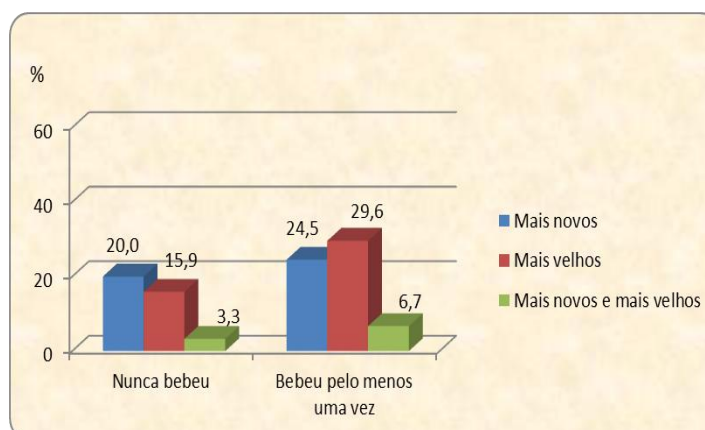
Para um intervalo de confiança de 95%, podemos afirmar que não existe associação estatisticamente significativa entre os hábitos de consumo de bebidas alcoólicas dos pais e os hábitos de consumo dos adolescentes.

❖ **Posição dos adolescentes na frateria / hábitos de consumo de álcool dos adolescentes.**

Pela análise da Gráfico 9 pode verificar-se que, dos participantes que têm irmãos mais novos: 20,0%, (n=117) nunca ingeriram bebidas alcoólicas e 24,5%, (n=143) já tomaram pelo menos uma vez.

Dos que têm irmãos mais velhos, 15,9%, (n=93) nunca ingeriram bebidas alcoólicas e 29,6%, (n=173) já ingeriu bebidas alcoólicas pelo menos uma vez.

**GRÁFICO 9:** Idade dos irmãos e hábitos de consumo dos adolescentes



Relativamente à hipótese:

Existe relação estatisticamente significativa entre a posição dos adolescentes na frateria e os hábitos de consumo de bebidas alcoólicas.

Com a finalidade de verificar se existe associação entre a posição dos adolescentes na frateria e os hábitos de consumo de bebidas alcoólicas recorremos ao teste de Qui- Quadrado (Tabela 15).

**TABELA 15:** Hábitos pessoais de consumo de bebidas alcoólicas em função da posição dos adolescentes na frateria

Chi-Square Tests			
Pearson Chi-Square	Value	df	Sig
	6,683	2	,035

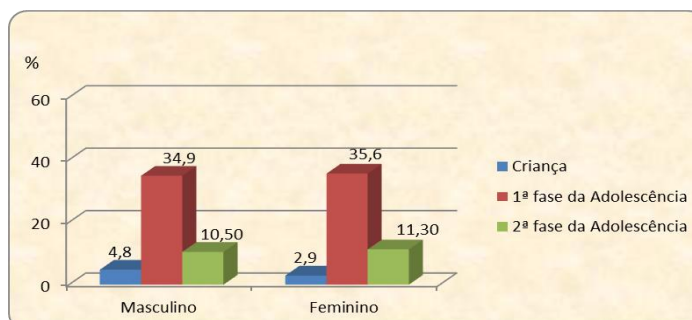
A aplicação do teste permitiu constatar que não existe associação entre a idade dos irmãos e o consumo dos adolescentes.

Para um intervalo de confiança de 95%, podemos afirmar que a hipótese em análise não se confirmou.

#### ❖ Sexo / idade de início de consumo de álcool.

Pela análise da Gráfico 10, pode concluir-se que dos adolescentes que já ingeriram bebidas alcoólicas: 4,8%, (n=23) do sexo masculino e 2,9%, (n=14) do feminino fizeram-no antes dos 10 anos de idade; 34,9%, (n=167) do sexo masculino e 35,6%, (n=170) do feminino iniciaram o consumo entre os 10 e os 13 anos de idade; 10,5%, (n=50) do sexo masculino e 11,3%, n=54 do feminino entre os 14 e os 16 anos de idade.

**GRÁFICO 10:** Sexo e idade da primeira ingestão



Relativamente à hipótese:

Existe relação estatisticamente significativa entre o sexo dos adolescentes e a idade de início do consumo de álcool.

Com a finalidade de verificar as diferenças entre o sexo dos adolescentes e a idade de início do consumo de álcool, recorremos ao teste t de student (Tabela 16).

**TABELA 16:** Sexo dos adolescentes e idade de início do consumo de álcool

				t-test for Equality of Means			
Idade de início do consumo de bebidas alcoólicas				t	df	Sig	Mean Difference
				-1,157	476	,248	,056

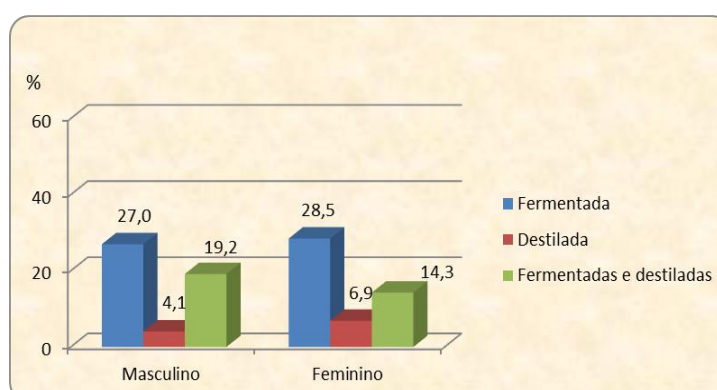
A aplicação deste teste permitiu-nos constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos. A idade da primeira ingestão de bebidas alcoólicas é semelhante entre rapazes e raparigas.

Para um intervalo de confiança de 95%, podemos afirmar que a hipótese em análise não se confirmou.

#### ❖ Sexo / tipo de bebida alcoólica que ingere.

Como se pode verificar pela análise da Gráfico 11, do total dos adolescentes participantes no estudo que consomem bebidas alcoólicas: 27%, (n=125) dos rapazes e 28,5%, (n=132) das raparigas ingerem bebidas fermentadas; 4,1%, (n=19) dos rapazes e 6,9%, (n=32) das raparigas tomam bebidas destiladas; 19,2%, (n=89) dos rapazes e 14,3%, (n=66) das raparigas ingerem bebidas fermentadas e destiladas.

**GRÁFICO 11:** Sexo e tipo de bebida



Relativamente à hipótese:

Existe relação estatisticamente significativa entre os sexos dos adolescentes e o tipo de bebidas alcoólicas que os adolescentes ingerem.

Com a finalidade de verificar se existe diferença entre o sexo dos adolescentes relativamente à bebida que ingerem foi utilizado o teste de Qui-Quadrado (Tabela 17).

**TABELA 17:** Sexo dos adolescentes e tipo de bebidas alcoólicas que ingerem

Chi-Square Tests			
Pearson Chi-Square	Value	df	Sig
	6,89	2	,32

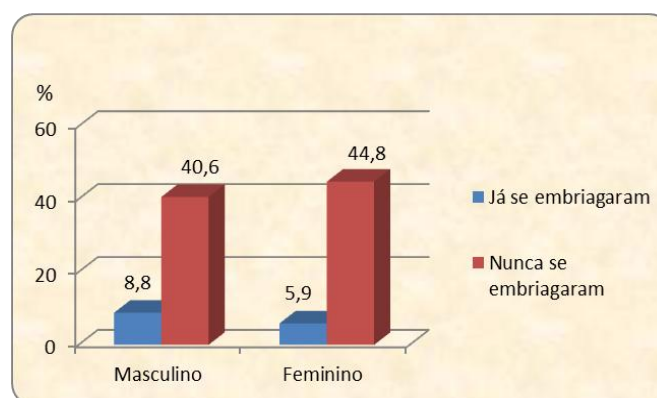
A aplicação do teste permitiu concluir que não existe diferença estatisticamente significativa entre os sexos relativamente ao tipo de bebida que ingerem.

Não podemos portanto confirmar a hipótese em análise.

#### ❖ Sexo / embriaguez.

Pela análise da Gráfico 12, pode concluir-se que, do total dos adolescentes que já ingeriram bebidas alcoólicas: 8,8%, (n=42) rapazes e 5,9% (n=28) raparigas referem que já se embriagaram.

**GRÁFICO 12:** Sexo e embriaguez



Relativamente à hipótese:

Existe relação estatisticamente significativa entre o sexo dos adolescentes e a ocorrência de embriaguez.

Com a finalidade de verificar se existe diferença entre o sexo dos adolescentes relativamente à ocorrência de embriaguez foi utilizado o teste de Qui-Quadrado (Tabela 18).

**TABELA 18:** Sexo dos adolescentes e ocorrência de embriaguez.

Chi-Square Tests			
	Value	df	Sig
<b>Pearson Chi-Square</b>	3,70	1	,54

A aplicação do teste permitiu concluir que não existe diferença estatisticamente significativa entre os rapazes e as raparigas relativamente ao facto de já se terem embriagado.

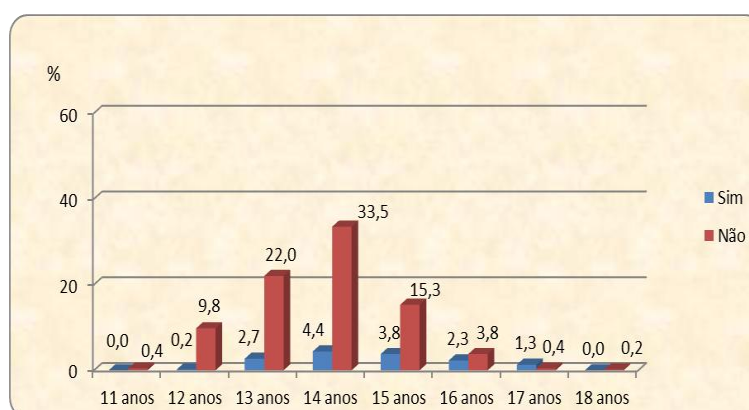
Não podemos portanto confirmar a hipótese em análise.

#### ❖ Idade / embriaguez

Pela análise da Gráfico 13, pode verificar-se que, do total dos participantes no estudo que já ingeriram bebidas alcoólicas, 2,7%, (n=13) dos adolescentes com 13 anos; 4,4%, (n=21) dos inquiridos com 14 anos e 3,8%, (n=18) dos adolescentes com 15 anos já se embriagaram.

A média de idades dos adolescentes que não se embriagaram é de 13,8 anos, e dos adolescentes que já se embriagaram é de 14,6. O que nos permite concluir que os mais velhos já se embriagaram mais em relação aos mais novos.

**GRÁFICO 13:** Idade e embriaguez





Relativamente à hipótese:

Existe relação estatisticamente significativa entre idade dos adolescentes e a ocorrência de embriaguez.

Com a finalidade de verificar as diferenças entre a idade dos adolescentes e a ocorrência de embriaguez, recorreremos ao teste t de student (Tabela 19).

**TABELA 19:** Idade dos adolescentes e a ocorrência de embriaguez.

t-test for Equality of Means				
Idade de início do consumo de bebidas alcoólicas	t	df	Sig	Mean Difference
	5,78	476	,000	,825

A aplicação deste teste permitiu-nos constatar que existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a ocorrência de embriaguez.

Podemos portanto confirmar a hipótese em estudo.

### 5.3. Avaliação das Crenças Positivas, Negativas e Conhecimentos Gerais

A questão da avaliação dos conhecimentos, apresentava 29 afirmações que foram associadas em três grupos: crenças negativas, crenças positivas e por último algumas afirmações sobre conhecimentos gerais. Respeitando a estrutura preconizada pela autora Salvador (2008). Assim neste capítulo os itens serão abordados separadamente integrando-se as afirmações no grupo a que dizem respeito.

#### ❖ CRENÇAS NEGATIVAS

Relativamente às 16 crenças negativas que podem ser associadas ao consumo de álcool, concluiu-se que a maioria dos adolescentes reconhece as consequências da ingestão de álcool pois verificou-se que para 14 das afirmações apresentadas a maioria dos inquiridos *concordava totalmente ou concordava* com o que era afirmado.

**TABELA 20: Opinião dos adolescentes sobre as crenças negativas associadas ao consumo de álcool**

<b>AFIRMAÇÃO</b>	<b>% ConcTot e concordo</b>
<b>2. As bebidas alcoólicas põem uma pessoa mal disposta</b>	66,9%
<b>5. As bebidas alcoólicas levam uma pessoa a fazer e a dizer coisas que não queria</b>	90,8%
<b>7. As bebidas alcoólicas podem provocar alterações de memória (esquecimento)</b>	81,2%
<b>9. Quem ingere bebidas alcoólicas pode ficar mais agressivo e envolver-se em brigas</b>	90,1%
<b>10. As bebidas alcoólicas podem provocar a morte</b>	88,4%
<b>11. As bebidas alcoólicas podem provocar o coma</b>	92,5%
<b>12. As bebidas alcoólicas podem prejudicar o fígado</b>	95,3%
<b>13. As bebidas alcoólicas podem provocar cancro</b>	84,0%
<b>14. As bebidas alcoólicas podem dar origem a hipertensão ou diabetes</b>	77,3 %
<b>15. As bebidas alcoólicas podem causar atropelamentos</b>	95,3%
<b>16. As bebidas alcoólicas podem causar acidentes de viação</b>	95,9%
<b>24. Quem ingere bebidas alcoólicas corre o risco de ficar dependente e de se tornar alcoólico</b>	80,4%
<b>28. As bebidas alcoólicas provocam aumento do nº de casos de gravidez na adolescência</b>	71,2%
<b>29. As bebidas alcoólicas podem provocar comportamentos sexuais de risco (sem utilização de preservativo)</b>	88,3%
<b>AFIRMAÇÃO</b>	<b>% DiscTot e discordo</b>
<b>23. Os pais consumirem bebidas alcoólicas influencia os filhos a beberem</b>	58,7%
<b>25. O consumo de álcool só é prejudicial para os adolescentes se beberem todos os dias</b>	51,0%

Os valores obtidos pela soma das respostas concordo totalmente e concordo variaram entre os 66,9% para a afirmação 2 e os 95,9% para a afirmação 16, sendo que 11 destas apresentavam valores superiores a 80%, conforme se pode verificar na Tabela 20. Contudo apurou-se que a maioria discordava totalmente ou discordava dos itens 23 e 25: os pais consumirem bebidas alcoólicas influencia os filhos a beberem e o consumo de álcool só é prejudicial para os adolescentes se beberem todos os dias respectivamente tendo os valores obtidos variado entre os 51% (item 25) e os 58,7% para o item 23 (Tabela 20).

Na Tabela 21 apresentam-se as respostas dos adolescentes relativas a

cada uma das 16 afirmações do estudo, referentes às crenças negativas associadas ao consumo de álcool.

**TABELA 21: Crenças Negativas**

<b>Afirmiação</b>	<b>Concordo totalmente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Não responderam</b>
<b>2. As bebidas alcoólicas põem uma pessoa mal disposta.</b>	21,6%	45,3%	25,5%	7,6%	0,5%(n=4)
<b>5. As bebidas alcoólicas levam uma pessoa a fazer e a dizer coisas que não queria.</b>	52,4%	38,4%	5,2%	4,0%	0,5%(n=4)
<b>7. As bebidas alcoólicas podem provocar alterações de memória (esquecimento).</b>	32,8%	48,4%	13,8%	5,0%	0,7%(n=6)
<b>9. Quem ingere bebidas alcoólicas pode ficar mais agressivo e envolver-se em brigas.</b>	52,3%	37,8%	7,1%	2,95%	0,4%(n=3)
<b>10. As bebidas alcoólicas podem provocar a morte.</b>	49,8%	38,6%	9,0%	2,7%	0,5%(n=4)
<b>11. As bebidas alcoólicas podem provocar o coma.</b>	54,9%	37,6%	5,5%	2,0%	0,4%(n=3)
<b>12. As bebidas alcoólicas podem prejudicar o fígado.</b>	59,3%	36,0%	3,1%	1,6%	0,2%(n=2)
<b>13. As bebidas alcoólicas podem provocar cancro.</b>	37,9%	46,1%	13,8%	2,1%	0,7%(n=6)
<b>14. As bebidas alcoólicas podem dar origem a hipertensão ou diabetes.</b>	22,0%	55,3%	20,0%	2,6%	1,7%(n=14)
<b>15. As bebidas alcoólicas podem causar atropelamentos.</b>	58,1%	37,2%	3,0%	1,7%	0,1%(n=1)
<b>16. As bebidas alcoólicas podem causar acidentes de viação.</b>	69,1%	26,8%	2,6%	1,5%	0,2%(n=2)
<b>23. Os pais consumirem bebidas alcoólicas influencia os filhos a beberem.</b>	9,9%	31,5%	34,5%	24,2%	0,9%(n=7)
<b>24. Quem ingere bebidas alcoólicas corre o risco de ficar dependente e de se tornar alcoólico.</b>	36,1%	44,3%	13,9%	5,8%	1,0%(n=8)
<b>25. O consumo de álcool só é prejudicial para os adolescentes se beberem todos os dias.</b>	18,3%	30,8%	30,8%	20,2%	0,6%(n=5)
<b>28. As bebidas alcoólicas provocam aumento do nº de casos de gravidez na adolescência.</b>	21,0%	50,2%	17,8%	10,9%	0,5%(n=4)
<b>29. As bebidas alcoólicas podem provocar comportamentos sexuais de risco (sem utilização de preservativo).</b>	41,45%	46,9%	8,0%	3,7%	0,5%(n=4)

Analisando estes dados concluímos que a maioria dos adolescentes apresenta conhecimentos sobre as crenças negativas. Devemos pensar na maioria ou devemos preocupar-nos também com o facto de haver em alguns itens uma percentagem superior a 20% que deu uma resposta contrária ao desejado?

É de salientar que só 41,3% concorda com a afirmação “Os pais consumirem bebidas alcoólicas influencia os filhos a beberem” e só 49,1% concordam com a afirmação “O consumo de álcool só é prejudicial para os adolescentes se beberem todos os dias”.

### ❖ CRENÇAS POSITIVAS

Relativamente às crenças positivas associadas ao consumo de álcool, a maioria dos adolescentes inquiridos *discorda totalmente ou discorda* que:

- ✓ A bebida alcoólica leva a ficar mais sociável (83,6%);
- ✓ Tomar bebidas alcoólicas faz um indivíduo sentir-se mais homem / mulher (84,1%);
- ✓ As bebidas alcoólicas ajudam a acalmar (79,5%);
- ✓ As bebidas alcoólicas ajudam a pessoa a sentir-se mais confiante (76,1%);
- ✓ A ingestão de bebidas alcoólicas ajuda a esquecer os problemas (60,4%);
- ✓ As bebidas alcoólicas ajudam na digestão (83,3%);
- ✓ As bebidas alcoólicas alimentam (94,2%);
- ✓ As bebidas alcoólicas aquecem / dão força (70,3%);

Mas concorda totalmente ou concorda que:

- ✓ Quando se mistura água ou refrigerantes com bebida alcoólica diminui-se a quantidade de álcool (53,8%).

Concluiu-se que em relação às crenças positivas a soma das respostas discordo e discordo totalmente variaram entre os 60,4% para o item 8 e os 94,2% para o item 19, tendo 4 afirmações apresentado valores acima dos 80% e 3 valores acima dos 60%. Relativamente à afirmação 17 (Quando se mistura água ou

refrigerantes com bebida alcoólica diminui-se a quantidade de álcool) a maioria dos adolescentes (53,8%) respondeu “concordo ou concordo totalmente”.

Na tabela 22 apresentam-se as respostas dos adolescentes relativas a cada uma das 9 afirmações, em estudo, referentes às crenças positivas associadas ao consumo de álcool.

**TABELA 22:** Crenças Positivas

Afirmação	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente	Não responderam
1. A bebida alcoólica leva a ficar mais sociável.	3,0%	13,4%	36,3%	47,3%	1,1%(n=9)
3. Tomar bebidas alcoólicas faz um indivíduo sentir-se mais homem / mulher.	4,1%	11,8%	35,8%	48,3%	0,5%(n=4)
4. As bebidas alcoólicas ajudam a acalmar.	3,1%	17,4%	38,6%	40,9%	0,4%(n=3)
6. As bebidas alcoólicas ajudam a pessoa a sentir-se mais confiante.	5,5%	18,4%	43,8%	32,3%	0,5%(n=4)
8. A ingestão de bebidas alcoólicas ajuda a esquecer os problemas.	9,1%	30,4%	34,5%	25,9%	1,1%(n=9)
17. Quando se mistura água ou refrigerantes com bebida alcoólica diminui-se a quantidade de álcool.	14,7%	39,15%	33,45%	12,8%	1,4%(n=14)
18. As bebidas alcoólicas ajudam na digestão.	3,0%	13,7%	49,95%	33,4%	1,5%(n=12)
19. As bebidas alcoólicas alimentam.	1,7%	4,1%	38,5%	55,7%	0,2%(n=2)
20. As bebidas alcoólicas aquecem / dão força.	5,7%	23,9%	38,7%	31,6%	0,6%(n=5)

Analisando os resultados sobre as crenças positivas, concluímos novamente que os adolescentes voltam a apresentar conhecimentos nesta área.

Embora seja de salientar que só 46,2% discordam da afirmação “Quando se mistura água ou refrigerantes com bebida alcoólica diminui-se a quantidade de álcool”.

#### ❖ CONHECIMENTOS GERAIS

Quanto aos conhecimentos gerais associados ao consumo de álcool a maioria dos adolescentes *discorda totalmente ou discorda* que:

- ✓ As grávidas podem ingerir bebidas alcoólicas (93,9%);
- ✓ As pessoas menores de 18 anos podem beber bebidas alcoólicas (71,8%);
- ✓ Um shot tem menos álcool que uma cerveja, pois o copo é mais pequeno (88,4%);

Mas concorda totalmente/ concorda que:

- ✓ O efeito que o álcool provoca na pessoa depende apenas da quantidade de álcool ingerida (73,6%).

Concluiu-se que relativamente aos conhecimentos gerais associados ao consumo de álcool a soma das respostas discordo totalmente e discordo, dadas pelos adolescentes, variou entre os 71,8% e os 93,9%. Relativamente à afirmação “O efeito que o álcool provoca na pessoa depende apenas da quantidade de álcool ingerida” a maioria (73,6%) dos inquiridos responderam que concordavam totalmente ou concordavam.

Na Tabela 23 apresentam-se as respostas dos adolescentes relativas a cada uma das 4 afirmações, em estudo, referentes aos conhecimentos gerais associados ao consumo de álcool.

**TABELA 23:** Conhecimentos Gerais

<b>Afirmção</b>	<b>Concordo totalmente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Não responderam à afirmação</b>
<b>21. As grávidas podem ingerir bebidas alcoólicas.</b>	3,0%	3,1%	13,3%	80,6%	0,5%(n=4)
<b>22. Pessoas menores de 18 anos podem beber bebidas alcoólicas.</b>	7,9%	20,3%	28,2%	43,6%	1,0%(n=8)
<b>26. O efeito que o álcool provoca na pessoa depende apenas da quantidade de álcool ingerida.</b>	21,5%	52,1%	18,3%	8,1%	0,6%(n=5)
<b>27. Um shot tem menos álcool que uma cerveja, pois o copo é mais pequeno.</b>	4,5%	7,2%	35,7%	52,7%	0,1%(n=1)

Analisando os resultados concluímos que os adolescentes revelam conhecimentos gerais sobre a ingestão de álcool, embora seja preocupante que 73,6% pense que o efeito que o álcool provoca na pessoa depende apenas da quantidade de álcool ingerida.





## 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo, iremos proceder à discussão dos resultados apresentados no capítulo anterior.

O consumo de álcool tende a ser desvalorizado pelos adolescentes que referem: “só bebo em festas”, “beber é uma vez por outra”, “nem sempre” (Matos e Sampaio, 2009).

No nosso estudo verificou-se que 60,1% dos adolescentes já iniciaram o consumo de bebidas alcoólicas mesmo que esporadicamente. Este resultado é preocupante, pois os participantes têm uma média de idades de 13,6 anos. Relativamente aos hábitos de consumo verificou-se que são principalmente em festas e comemorações, 29,9% dos rapazes afirmaram já ter consumido, bem como 30,2% das raparigas. Conclui-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre sexos relativamente aos consumos.

Os resultados do nosso estudo estão de acordo com os obtidos no estudo realizado por Barroso, Mendes e Barbosa (2009), a alunos do 3º ciclo de escolas públicas de Coimbra, que constataram que a maioria dos adolescentes (65,1%), já tinha consumido bebidas alcoólicas, não existindo diferenças significativas entre os rapazes e as raparigas. Corroboram, igualmente o Inquérito Nacional em Meio Escolar (INME) de 2006, realizado a alunos do 3º ciclo, que concluiu que a percentagem dos adolescentes que referiram já ter experimentado pelo menos uma bebida alcoólica era de 60% (Feijão, 2010). Estão ainda de acordo com os do estudo de Carvalho e colaboradores (s.d.) realizado em 2005 a alunos de Vila Real, do 7º ao 10º ano de escolaridade, que concluíram que 60,5% dos adolescentes já tinham experimentado bebidas alcoólicas, sendo 49,0% consumidores regulares. A percentagem de raparigas que já tinham consumido bebidas alcoólicas era de 21,5% e a de rapazes 27,5% (Carvalho e col.,s.d.).

A percentagem de adolescentes do nosso estudo que já experimentou bebidas alcoólicas é inferior à do estudo de Costa (2009), que verificou que 72,9% dos estudantes do 3º ciclo de uma escola dos arredores do Porto já tinham experimentado e que não havia diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos.

Relativamente ao consumo, verificamos que até aos 13 anos são mais os adolescentes que referem que nunca beberam, enquanto que a partir dos 14 anos são mais os que referiram que bebem em festas e comemorações, existindo uma relação directa entre a idade e o consumo. Há medida que aumenta a idade, aumenta a frequência de consumo de bebidas alcoólicas. O nosso estudo está de acordo com o de Carvalho e col. (s.d.) que verificou que o maior número de consumidores se encontrava no grupo dos 13 aos 15 anos.

Quanto mais cedo for o início do consumo de álcool, maiores serão os efeitos negativos para a saúde. Segundo Matos e Sampaio (2009), a experimentação na adolescência é preditor de consumo na vida adulta.

No nosso estudo a idade da primeira ingestão foi maioritariamente na primeira fase da adolescência entre os 10 e os 13 anos. Dos adolescentes que já beberam verificou-se que 7,7% ingeriram a primeira bebida entre os 5 e os 9 anos de idade e 70,5% na primeira fase da adolescência (entre os 10 e os 13 anos). A nossa investigação está de acordo com o estudo realizado por Carvalho e colaboradores (s.d.) que verificou que a idade de iniciação de consumo de álcool se situa entre os 4 e os 16 anos, sendo a moda os 13 anos. Contudo apresenta idades de experimentação inferiores ao estudo de Cunha e colaboradores (2005), em que a maioria dos estudantes do Ensino Secundário teve a primeira ingestão de álcool entre os 12 e os 17 anos de idade e aproximadamente 18,0% tiveram a primeira ingestão entre os 6 e os 11 anos. No estudo de Ferreira (2008), o consumo da primeira bebida alcoólica verificou-se em média aos 14,5 anos, a idade mínima do consumo foi aos oito anos e constata ainda que a média de idades com que o começaram a beber é ligeiramente mais baixa nas raparigas. Também o estudo de Salvador (2008), revela que nos alunos do ensino secundário o primeiro contacto com o álcool é referido por 38.9% dos adolescentes, como tendo sido aos 14 anos e por 21,3% aos 13 anos. Costa (2009), constatou que a experiência de ingerir bebidas alcoólicas aumenta com a idade, em ambos os sexos. Na comparação entre sexos, para cada uma das faixas etárias, verifica que as percentagens são mais elevadas para o sexo masculino nos 13 anos (13,2%) e nos 17 anos (1,4%). Nas restantes idades as taxas são superiores no sexo feminino e as diferenças entre sexos são de 5,6% nos 14 anos, 5,4% nos 15 anos e 6,7% nos 16 anos.

No nosso estudo concluiu-se que, dos adolescentes que já ingeriram bebidas alcoólicas: 8,8% dos rapazes e 5,9% das raparigas já se embriagaram. Existe uma tendência para os rapazes se embriagarem mais do que as raparigas, embora não existam diferenças estatisticamente significativas. Os nossos resultados corroboram o estudo de Carvalho e colaboradores (s.d.) onde se verificou que 16,5% dos alunos referem ter-se embriagado, pelo menos, uma vez.

O ESPAD de 2007 concluiu que os adolescentes do sexo masculino apresentam mais episódios de consumo excessivo (Hibell e col., 2009). Apesar de considerarmos o valor do nosso estudo preocupante, ele é inferior aos resultados obtidos por Costa (2009), que verificou que já se tinham embriagado 21,5% dos alunos do sexo masculino e 28% do feminino. O nosso estudo apresenta ainda valores inferiores ao estudo HBSC (2010) onde a percentagem de adolescentes que já se embriagaram é de cerca de 25%.

Relativamente à idade da ocorrência de embriaguez, verificamos que a média de idades é de 14,6 anos, enquanto a média de idades dos adolescentes dos que não se embriagaram é de 13,8 anos. O INME de 2006 apresenta valores inferiores ao nosso estudo pois concluiu que, dos cerca de 12% de alunos do 3.º Ciclo referem ter-se embriagado (Feijão, 2010). Corrobora, ainda o HBSC (2006) que verificou que, ao nível da idade da primeira bebida e da frequência da embriaguez, são os rapazes mais velhos que referem um início mais precoce e maior ocorrência da embriaguez. Corrobora também o INME, que apurou que 14% dos estudantes afirmaram já se ter embriagado (Feijão, 2010). O estudo de Cunha e col. (2005), apresenta resultados mais elevados em relação ao nosso, quando refere que mais de metade dos adolescentes do meio rural, e quase metade dos do meio urbano, já se tinham embriagado, pelo menos uma vez.

As bebidas alcoólicas mais ingeridas pelos adolescentes do nosso estudo são as fermentadas, independentemente do sexo dos participantes. Verificou-se que a percentagem de raparigas que ingerem bebidas destiladas é superior à dos rapazes. O IMNE realizado em 2006 refere que 36% dos alunos do 3.º Ciclo, ingerem bebidas destiladas (Feijão, 2010).

A família como agente de socialização, transmissor de valores e hábitos, pode contribuir para que os seus filhos se iniciem no consumo de álcool. Pais com o hábito beber em casa, transmitem esse ritual aos filhos, podendo ser permissivos a esse respeito (Cunha e col, 2005). Embora não tenham sido encontrados estudos onde se prova esta inferência, sabemos que a aceitação social do consumo de álcool contribui para o facto de esta droga ser consumida com maior frequência e em idades cada vez mais precoces. Sabemos ainda, que existem factores de risco

psicossociais que afectam os adolescentes, destacando-se o ambiente familiar, a influência dos pares, e características de personalidade.

Na nossa investigação não se verificou existir associação estatisticamente significativa entre os pais consumirem bebidas alcoólicas e os adolescentes ingerirem álcool, contudo verificou-se que a percentagem de adolescentes que já bebeu pelo menos uma vez é superior no grupo que refere que os pais bebem álcool. O nosso estudo está de acordo com o de Salvador (2008), pois este também revela que considerando os hábitos de consumo do pai e da mãe, estes não reflectem uma associação com a frequência de consumo dos adolescentes.

No nosso estudo, os adolescentes ingerem bebidas alcoólicas mais na companhia da família (43,9%) e com amigos (36,6%). Estes resultados diferem dos de Cunha e col. (2005) que concluíram que mais de 70% referiu fazer este consumo na companhia de amigos. No estudo realizado por Carvalho e col. em Vila Real, os adolescentes bebem nos bares / discotecas durante as festas (25,8%) e em casa (7,7%), com os amigos/ colegas / namorado (34,2%), mas também com os pais (9,1%) (Carvalho e col., s.d.).

O INME realizado em 2006 concluiu que a nível nacional, se constata que as discotecas, os bares / *pubs* e as festas privadas são os locais em que mais estudantes se embriagaram, tanto para os alunos do 3.º Ciclo como do Secundário (Feijão, 2010). No estudo de Salvador (2008) a maioria dos adolescentes inquiridos bebe em festas e comemorações (59,2%) e só uma percentagem pequena (7,7%) nunca bebeu.

No nosso estudo a percentagem de adolescentes que têm irmãos mais velhos e que bebem é superior à dos que bebem e não têm irmãos mais velhos, contudo não se comprovou que existe associação estatística entre a idade dos irmãos e o consumo dos adolescentes.

Relativamente às crenças de consumo, não se verificam grandes discrepâncias entre o nosso estudo e o de Salvador (2008), salientando que ao nosso estudo foram acrescentadas algumas questões. Nas crenças positivas verificam-se valores díspares apenas na seguinte afirmação: “quem ingere bebidas alcoólicas corre risco de ficar dependente e se tornar alcoólico”, Na nossa investigação 80,4% dos inquiridos manifesta essa opinião enquanto no de Salvador (2008) a percentagem é de 64,8%. Nas crenças negativas verificam-se discrepâncias nos valores em algumas afirmações: “a bebida alcoólica leva a ficar mais sociável” tendo no nosso estudo 83,6% discordado, enquanto no de Salvador discordaram cerca de 54% dos adolescentes; “as bebidas alcoólicas ajudam a

sentir-se mais confiante” discordam 76,1% no nosso estudo e cerca de 55% no de Salvador.

Assim, no nosso estudo chegamos às seguintes conclusões:

- Apenas 39,9% dos inquiridos referem que nunca beberam. Os hábitos de consumo dos adolescentes são principalmente em festas e comemorações;
- A idade da primeira ingestão variou entre os 5 e os 16 anos de idade;
- A primeira bebida consumida pela maioria dos adolescentes foi fermentada;
- Para 39,3% dos participantes foi a família que ofereceu a primeira bebida alcoólica;
- As bebidas alcoólicas mais consumidas pelos adolescentes são fermentadas para 55,5%, embora 33,5%, dos participantes refiram que ingerem destiladas e fermentadas;
- Os adolescentes ingerem bebidas alcoólicas mais na companhia da família 43,9%;
- Relativamente à ocorrência de embriaguez verificou-se que dos adolescentes que já ingeriram bebidas alcoólicas 14,6 % já se embriagaram;
- Mesmo não mantendo diferenças significativas entre sexos, na população em estudo a percentagem de rapazes que referem ter ingerido bebidas alcoólicas é superior à das adolescentes;
- Existe uma relação directa entre a idade e o consumo. Há medida que aumenta a idade aumenta a percentagem de adolescentes que bebem bebidas alcoólicas;
- Não existe associação entre a idade dos irmãos e o consumo dos adolescentes;
- Não existe associação entre os consumos dos pais e os dos adolescentes.
- A idade da primeira ingestão de bebidas alcoólicas é semelhante entre rapazes e raparigas;
- Não existe diferença estatisticamente significativa entre os sexos relativamente ao tipo de bebida que ingerem;
- Não existe diferença estatisticamente significativa entre os rapazes e as raparigas relativamente ao facto de já se terem embriagado;
- Existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a ocorrência de embriaguez.



## 7. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A obtenção de ganhos em saúde pode estar dependente das intervenções de promoção da saúde. Tendo por base o nosso estudo, será necessário intervir ao nível da promoção das competências pessoais, de modo a induzir atitudes e/ou comportamentos adequados face ao risco do consumo. Na nossa investigação verificamos que a maioria dos adolescentes apresenta conhecimentos embora os seus comportamentos nem sempre reflectam esses conhecimentos, facto esse que vem reforçar a pertinência da nossa intervenção.

“A maior parte dos problemas de saúde e de comportamentos de risco, associados ao ambiente e aos estilos de vida, pode ser prevenida ou significativamente reduzida através de Programas de Saúde Escolar efectivos” (DGS 2006, p.6). Também no programa de saúde escolar está referido que os estudos de intervenções preventivas têm demonstrado que 1 € gasto na promoção da saúde, hoje, representa um ganho de 14 € em serviços de saúde, amanhã (DGS 2006).

Para que as intervenções de educação para a saúde sejam efectivas, devem ser integradas no currículo escolar. As áreas curriculares não disciplinares, inseridas no âmbito da formação pessoal e social, que incluem as disciplinas da ‘Área Projecto’ (suspensa no ano lectivo 2011/12) e a ‘Formação Cívica’, são o espaço privilegiado para o desenvolvimento de projectos de educação para a saúde. No próximo ano será retirada do currículo escolar a disciplina de formação cívica e haverá necessidade de os temas da educação para saúde serem abordados em outras disciplinas.

O sucesso das intervenções de saúde escolar depende da carga horária atribuída aos elementos da equipa, das estratégias seleccionadas, da disponibilidade dos professores para trabalharem temas da saúde, e da continuidade destes projectos nas escolas. Este último por vezes é difícil conseguir, pois os professores gostam de inovar; referem ainda que os alunos estão

“cansados” de abordar consumos nocivos, esquecendo que todos os anos têm estudantes novos em cada nível e que os comportamentos não mudam por abordarmos o tema uma vez. Os professores referem estes factos, mas por vezes também não estão “disponíveis” para abdicar de algumas aulas da sua disciplina para abordarem temas dos consumos, aceites pelos próprios professores como normais.

Para os professores abordarem estes temas em sala de aula, será necessário estes realizarem formação em conteúdos na área da saúde, bem como compreenderem que a aquisição de conhecimentos não leva directamente a mudança de comportamentos.

Até 2005, o papel dos elementos da saúde escolar na promoção de estilos de vida saudáveis era traduzido em intervenções pontuais, estratégias de mudança, dirigidas ao indivíduo e ao grupo, no sentido da alteração dos factores de risco. Com o novo PNSE a questão principal da promoção da saúde coloca-se na forma como a comunidade educativa desenvolve as suas potencialidades.

Cada escola tem o seu projecto educativo, este deve incorporar as actividades educativas com o grande objectivo da promoção e educação para a saúde. Assim as estratégias utilizadas nas escolas devem ajudar a desenvolver capacidades e competências necessárias, para que os adolescentes sejam agentes activos da mudança. O trabalho de promoção da saúde tem como ponto de partida ‘o que os adolescentes sabem’ e ‘o que eles podem fazer’ para se proteger, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar e actuar de modo a induzir atitudes e/ou comportamentos adequados.

Os projectos de promoção da saúde exigem planeamento de longo prazo e devem ser sucintos, exequíveis, com participação activa dos estudantes, avaliados no final de cada ano lectivo e incluir sempre a gestão da sua qualidade. Tal como refere a DGS (2006, p.19) no PNSE, o desenho destes projectos deve obedecer a uma ‘metodologia de projecto’ e seguir as seguintes etapas :

- Identificar do problema e caracterizar a sua gravidade;
- O diagnóstico local deve permitir desenhar uma intervenção baseada nos dados recolhidos e nos recursos existentes e disponíveis;
- Identificar os objectivos que devem corresponder às alterações que se querem promover;
- Seleccionar actividades a realizar com os estudantes que deverão ser considerados como sujeitos-actores do processo educativo. Terão de ser contempladas as cinco dimensões das escolas promotoras da saúde (organizacional, curricular, psicossocial, ecológica e comunitária);



- Elaborar o cronograma das actividades;
- Avaliação do projecto. A avaliação da efectividade dos projectos de promoção da saúde deverá pôr em evidência o processo e os resultados, embora este último seja de difícil avaliação.

O estudo que realizamos pretendeu identificar o problema e a sua gravidade para podermos desenhar uma intervenção adaptada às necessidades reais da população.

“Uma prevenção eficaz do consumo de drogas inicia-se com uma boa saúde mental, promoção de competências pessoais e sociais e intervenção ao nível da prevenção (...) e do abuso de álcool” (DGS, 2006 p.17). Assim a nossa proposta de intervenção, foi criada com base em outros programas já existentes para as mesmas idades, que utilizam dinâmicas de grupo que promovem assertividade, a auto-estima e abordam ainda a pressão dos pares.

Os programas para este tipo de população devem focar a intervenção nos alunos, mas também devem ser realizadas sessões de esclarecimento para os pais focando os problemas dos consumos nocivos. Cordeiro (2009) revela preocupação com as consequências e o perigo do consumo de álcool, aconselhando pais e educadores a criarem espaços de diálogo onde se possa: esclarecer os adolescentes sobre as consequências e os perigos do consumo a curto e longo prazo; desmistificar as crenças sobre o consumo de álcool; desmistificar a ideia de que só é possível divertir-se se beber, ou que beber os torna mais adultos e aumenta a auto estima e a auto confiança.

### ❖ **Sugestão para Programa**

A intervenção será baseada nos dados obtidos em cada escola. A população alvo desta intervenção são os alunos do 7ºano de escolaridade, pois nesta fase muitos transitam de escola e passam a frequentar novos ambientes, têm novos amigos e estão sujeitos a novas pressões.

As sessões são quinzenais inseridas nas aulas de “formação cívica”. A disciplina tem uma carga horária de 45 minutos semanais, é leccionada pelo Director de turma, que utiliza este tempo lectivo para dar informações, resolver problemas de faltas e de mau comportamento, entre outras. Assim, o facto de as sessões serem quinzenais, permite intercalar com estas aulas dando espaço para resolver este tipo de problemas. Prevê-se que o programa seja estruturado em 6

sessões que podem durar mais do que um tempo lectivo, pois deve depender do tipo de interacção que os estudantes revelam ao longo da acção.

#### Objectivos gerais

- Sensibilizar os estudantes para a problemática do álcool e o seu impacto na sociedade;
- Identificar as consequências da ingestão de álcool durante a adolescência;
- Clarificar conhecimentos sobre o consumo;
- Atrasar o início do consumo;
- Trabalhar a auto estima e auto confiança;
- Capacitar os adolescentes para resistirem às pressões do grupo de pares.

#### **1ª sessão** “ O que sabemos!”

##### **Objectivo geral da sessão**

- Aumentar os conhecimentos dos estudantes relativamente ao álcool, através do conhecimento sobre os seus efeitos.

##### Estratégias:

- Chuva de ideias

Enunciar os efeitos do álcool (no indivíduo e sociedade) a curto e a longo prazo

- Carrossel de questões

Dinâmica de grupo com as afirmações do questionário. Escolher as afirmações que possam dar mais discussão, para poder haver mais interacção. Dividir a turma em dois; formar uma equipa de respostas e outra de perguntas. Colocá-los frente a frente (sentados); a equipa das perguntas (afirmações do questionário) fica sempre sentada e roda a equipa das respostas. O dinamizador dá uns segundos para cada um responder, entretanto bate palmas e a equipa das respostas roda. Depois de todos terem respondido, pára a dinâmica e cada elemento da equipa das perguntas faz um resumo do que lhe foi comunicado. O papel do dinamizador será explorar o tema e clarificar conceitos errados.

## **2ª sessão “ Sou influenciado ?”**

### **Objectivo geral da sessão**

- Aumentar a consciência dos processos de influência social no comportamento (grupos de amigos e outros grupos de referência, publicidade, percepção das normas sociais, modelos sociais).

### **Estratégias:**

Dinâmica de grupo 1 (Experimentar a dizer "não" em situação de pressão de grupo)

- Pedir dois voluntários para a actividade.
- Um dos voluntários representa o papel de um colega que quer ir dar uma volta (faltando às aulas) e outro representa o papel de recusar esse convite.
- Ambos devem apresentar os seus argumentos.
- Após a simulação, realizar uma breve discussão com os estudantes que participaram: Como se sentiram? Foi fácil insistir e encontrar argumentos para insistir?; Foi fácil dizer “não”? ; Foi fácil arranjar razões para justificar e manter o “não” face à insistência?

### **Debate**

Posteriormente abrir o debate à turma, com as questões: A simulação foi convincente?; Poderia acontecer na realidade?; A recusa foi segura? ; Como pode ser melhorada a eficácia de uma recusa? Aqui referir aspectos verbais (ex. a qualidade da argumentação e aspectos não verbais (ex. a convicção da resposta, a entoação, o olhar, a postura corporal) e outras formas de lidar com a pressão directa (ex. abandonar a situação com uma boa desculpa).

Dinâmica de grupo 2 (Experimentar a dizer "não" em situação de pressão de grupo)

- Dividir a turma em grupos de 4 estudantes.
- Cada estudante experimenta a situação de ser pressionado utilizando as alternativas que pensou e escreveu para lidar com a situação. Os grupos trabalham em simultâneo, com os elementos a rodar na representação dos papéis de pressionar e ser pressionado.

A pressão do grupo de pares (colegas) está entre as formas mais importantes que pode assumir a influência social. Pretende-se promover a competência para dizer

“não”, de modo assertivo, ou seja de modo adequado e eficaz. Ser assertivo é ser capaz de dizer “não”, sem a carga emocional negativa que é habitual associar ao “não”, naturalmente, sem sentir e sem provocar incómodo.

### **3ª Sessão “ Como comunicamos!”**

#### **Objectivos da sessão**

- Desenvolver conhecimentos sobre as formas de comunicação;
- Desenvolver competências assertivas.

#### **Estratégias:**

- Dinâmica (Fingir que se finge-simulação)

Propõe-se aos estudantes simularem situações e tentarem resolvê-las segundo as quatro formas de comunicação: manipuladora, assertiva, agressiva e passiva.

Debate: sobre as competências de assertividade e reforço da sua importância para a comunicação. Avaliar a sessão ouvindo e discutindo a opinião dos alunos, sublinhando que somos mais influenciáveis do que pensamos e que parte dos processos de influência são inconscientes.

### **4ª Sessão “Arriscamos?”**

#### **Objectivo geral da sessão**

- Abordar os riscos de conduzir sob o efeito do álcool;
- Abordar os riscos de ter relações sexuais desprotegidas.

#### **Estratégias:**

Recorrer a um método mais expositivo, apresentando dados estatísticos. Posteriormente abrir um debate sobre o tema e abordar os projectos de intervenção que já existem ao nível da comunidade.

## **5ª Sessão “ Somos únicos”**

### **Objectivo geral da sessão**

- Consciencialização dos aspectos/dimensões da vida de cada um, que influenciam positiva e negativamente a auto-estima;
- Sensibilizar para o que é a auto-estima e sobre que afecta.

### **Estratégias:**

#### **Dinâmica (Corta e cola a auto-estima)**

Abordar o conceito de auto estima. Entregar uma folha de papel a cada estudante, explicar que representa a sua auto-estima. Explicar que vai ser lida uma lista de acontecimentos que podem ocorrer durante o dia e que afectam a auto-estima de cada um. Há medida que o dinamizador lê uma frase, o estudante rasga um pedaço de papel, eles devem rasgar um pedaço da folha, o tamanho do pedaço que tirarem significa mais ou menos a proporção de auto-estima que o acontecimento afectaria. Dar um exemplo depois de ler a primeira frase, retirando um bocado da sua folha e dizendo “isto afecta-me muito” ou “isto não me afecta muito”. Realizada a dinâmica, debater o que pode afectar, mais e menos, a nossa auto-estima e ainda o facto de cada situação afectar cada indivíduo em proporções diferentes.

## **6ª Sessão “ Agora sou eu que decido”**

### **Objectivo geral da sessão**

- Propor aos estudantes vários temas para trabalho de grupo, que posteriormente deve ser publicado no jornal da escola.

Os programas não devem incidir só em “malefícios”, conceitos de consumo nocivo (certos e errados), pois como verificamos neste estudo os adolescentes apresentam conhecimentos, mas o comportamento dos inquiridos não reflecte os mesmos. Devemos assim promover comportamentos assertivos e treinar competências, para que haja mudança de comportamentos. Trabalhar só com os estudantes não será suficiente, os programas devem ter uma vertente comunitária, envolvendo a escola e família.

O desafio para os profissionais de saúde é a capacidade de ser útil para a mudança de comportamentos dos adolescentes.

## CONCLUSÃO

Durante o processo de desenvolvimento, os adolescentes estão sujeitos a pressões, são confrontados com situações novas, têm menor controlo por parte da família e procuram obter a sua independência. Todos estes factores podem contribuir para a adopção de comportamentos de risco. Um destes é o consumo de álcool que em idades muito precoces, este pode trazer danos irreversíveis para o seu desenvolvimento. No nosso estudo verificou-se que muitos adolescentes ingerem bebidas alcoólicas numa fase muito precoce da vida, fazendo-o essencialmente com a família e com os amigos.

A escola é local onde crianças e adolescentes passam a maior parte do seu dia. Esta instituição não deve ser apenas um espaço de instrução, mas também um espaço de educação para a saúde dos seus estudantes. A educação para a saúde em contexto escolar tem um valor inegável, sendo de extrema importância que se realizem programas de educação e promoção, como forma de promover o crescimento saudável dos adolescentes.

Pelo facto de no nosso estudo a maioria dos adolescentes apresentarem conhecimentos sobre os consumos, a intervenção dos enfermeiros não deve incidir sobre os riscos e repercussões do consumo na saúde na fase adulta, mas sim na promoção de comportamentos assertivos, treino de competências, para que se consiga alcançar mudança de comportamentos.

Para obtermos ganhos na implementação destes programas de educação para a saúde também será fundamental envolver os vários intervenientes a nível social, com especial atenção para a comunidade, escola, os pais e o grupo de pares.

Nesta investigação consideramos que os objectivos propostos foram cumpridos, pois permitiu caracterizar a população em estudo, relativamente aos comportamentos de consumo de álcool e aos seus conhecimentos. Obtendo-se

dados essenciais para a definição de estratégias de implementação de um programa de educação para a saúde nesta comunidade escolar. Este será realizado com a colaboração das equipas de saúde escolar, vinculando assim a sua importância na educação para a saúde dos adolescentes.

Ao longo deste estudo não foi possível testar a intervenção proposta, no entanto, ficou reforçada a necessidade da sua implementação.

Prevenir a iniciação do consumo de álcool é de extrema importância, pelo que consideramos pertinente que em estudos desenvolvidos futuramente se procurem formas de dar resposta à prevenção desses comportamentos de risco, iniciando a intervenção em idades mais precoces.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÃO, M. - *(Des)equilíbrios familiares- uma visão sistémica*. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto, 2002.
- ALMA-ATA - *Declaração de Alma-Ata conferência internacional sobre Cuidados primários de saúde* (URSS) 1978. [Consultado a 10 de Dezembro 2011]. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>
- ANDERSON, P e BAUMBERG, B - *O álcool na europa - Institute of Alcohol Studies, Inglaterra* -Tradução do Sumário do Relatório para a Comissão Europeia. Lisboa, Maio de 2006.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL - *Comunicado de Imprensa*. Lisboa: Palácio da Cruz Vermelha, 13 de Outubro de 2010.
- BABOR, T. - Resumo do relatório da OMS - *Álcool: Bem de consumo sui generis*. Resumo do livro: Alcohol & Public Policy Group. *Revista Toxicodependências*. Edição IDT, volume 15, número 1 (2009), p. 77-86.
- BARROSO, T; BARBOSA, A; MENDES, A - Programas de prevenção do consumo de álcool em jovens estudantes. *Revista Referência II*. Série nº3, Dezembro, 2006. p. 33-44.
- BARROSO, T; MENDES A; BARBOSA, A. - Análise do fenómeno do consumo de álcool em adolescentes: estudo realizado com alunos do 3º ciclo de escolas públicas. *Revista Latino - Americana Enfermagem*. Vol. 13,

Nº 3 (Maio – Junho de 2009), p. 63-69. [Consultado a 10 de Dezembro 2010]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_11.pdf)

- BREDÁ, J.- *Problemas Ligados ao Álcool em Portugal Contributos para uma estratégia compreensiva*. Porto: Universidade do Porto, 2010. Tese de Doutoramento.
- CABRAL, L. R. - *Consumo de bebidas alcoólicas em rituais/praxes académicas*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Tese de Doutoramento.
- CARVALHO, A. [e col.] - *Consumo de substâncias psicoactivas em adolescentes de uma Escola Secundária com 3º Ciclo: Que realidade? Vila Real,(s.d.)*. [Consultado a 10 de Dezembro 2010]. Disponível em: <http://www.cienciahoje.pt/files/37/3772.pdf>
- CORDEIRO, M. - *O grande livro do adolescente dos 10-18 anos*. 1ª Edição. Lisboa: A Esfera dos Livros, 2009.
- COSTA, M.M. - *A Prática dos Enfermeiros em Educação para a Saúde dos Adolescentes: A Problemática dos Comportamentos de Risco*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008. Tese de Mestrado.
- COSTA, P. - *Comportamentos de Saúde dos Adolescentes Escolarizados: um estudo efectuado com alunos do 3º ciclo e do Ensino Secundário*. Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia, 2009. Tese de Mestrado.
- CUNHA, S. [e col.] – *Conhecimentos, Comportamentos e Atitudes de jovens, face às bebidas alcoólicas*. *Revista da Associação Portuguesa de Nutricionistas*. N.5 (Maio 2005), p.67-72.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Ministério da Saúde. Despacho n.º 12.045/2006. II Série. D.R. N.º 110 (07.06.2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: DGS, 2006.
- FACHADA, M. - *Psicologia das Relações Interpessoais*. 1ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo, 2010.

- FEIJÃO, F. - Epidemiologia do consumo de álcool entre os adolescentes escolarizados a nível nacional e nas diferentes regiões geográficas. *Revista Toxicodependências*. Edição IDT, volume 16, número 1 (2010), p. 29-46.
- FERREIRA, M.R.S. - *Estilos de vida na adolescência: de necessidade em saúde à intervenção de enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008. Tese de Doutoramento.
- FONSECA, H. - *Compreender os Adolescentes: um Desafio para Pais e Educadores*. 5ª Edição. Lisboa: Editorial Presença, 2008.
- FORTIN, M. F. - *O Processo de Investigação - da Concepção à Realização*. 5ª Edição. Lisboa: Lusociência, 2009.
- GOLSE, B. [e col.] - *O desenvolvimento afectivo e intelectual da criança - Manuais universitários*. 1ª Lisboa: Edição Climepsi Editores, 2005.
- GRÁCIO, J. - *Determinantes do consumo de bebidas alcoólicas nos estudantes do Ensino Superior de Coimbra*. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2009. Tese de Mestrado.
- HIBELL, B [e col.] - *The 2007 ESPAD Report Substance Use Among Students in 35 European Countries*. ISBN 978-91-7278-219-8. Stockholm: Modintryckoffset AB, 2009.
- HBSC 2006 - *Relatório Preliminar do Estudo HBSC, 2006*. [Consultado a 3 de Maio de 2011]. Disponível em: [www.fmh.utl.pt/aventurasocial/as\\_saude.htm](http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/as_saude.htm)
- HBSC 2010 - *Dados Nacionais de 2010*. [Consultado a 10 de Junho de 2011]. Disponível em: [http://aventurasocial.com/arquivo/1292991688\\_HBSC2010\\_brochura.pdf](http://aventurasocial.com/arquivo/1292991688_HBSC2010_brochura.pdf).
- Hill, M. M.; Hill, A. - *Investigação por Questionário*. 2ª Edição Lisboa: Edições Sílabo, Lda, 2009.
- HOCKENBERRY, M.; WILSON, D.; WINKELSTEIN, M. - *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* 7ª Edição. Volume I. Rio de Janeiro: Editora Mosby Elsevier, 2006.

- INSTITUTO DAS DROGAS E DA TOXICODEPENDÊNCIA, I. P. - *Plano Nacional para Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012*. Lisboa, 2010.
- LUIS, M. [e col.] - *Guião PRESSE Formação de Professores*. Designação do Programa: Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar Entidade Promotora ARS Norte, I.P. Departamento de Saúde Pública Porto 2010.
- LUSA - Declarações do Presidente do Instituto da Droga e Toxicodependência. *Jornal Público*, 11 de Março.2009 [Consultada em 30 de Nov. 2011] - Disponível em: <http://www.publico.pt/Sociedade/joao-goulao-pais-demitemse-do-papel-de-educadores-ao-permitir-que-os-filhos-bebam-1368672>
- LUSA - Mais fiscalização ao consumo de álcool entre jovens. *DN Portugal*, 23 de Setembro.2010 [Consultada em 30 de Nov. 2011] - Disponível em: [http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content\\_id=1669414](http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1669414)
- MARINHO, R. - O álcool e os jovens: Dossier problemas ligados ao álcool. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. Vol.24 (2008), p. 293-300.
- MATOS, M. G [e col.] – *Indicadores de Saúde dos Adolescentes Portugueses- Relatório Preliminar*. Lisboa: Edição Faculdade de Motricidade Humana, 2006 [Consultada em 30 de Nov. 2010] - Disponível em: [http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Indicadores\\_de\\_Saude.pdf](http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Indicadores_de_Saude.pdf)
- MATOS, M. G [e col.] – *Uma Introdução Formação de Educadores de Pares*. Lisboa: Edição Faculdade de Motricidade Humana, 2007.
- MATOS, M.; SAMPAIO, D. - *Jovens com Saúde: Dialogo com uma Geração*. 1ª Edição. Lisboa: Texto Editores, 2009.
- MATOS, M. G. [e col.] - *Sexualidade Afectos e Cultura - Gestão de Problemas em Meio Escolar*. 1ª Edição. Lisboa: Edições Coisas de Ler, 2010.
- MELLO, M.; BARRIAS, J.; BREDAS, J. - *Álcool e Problemas Ligados ao álcool em Portugal*. ISBN: 972 9425 93 0. Lisboa: Direcção – Geral da Saúde, 2001.
- OTTAWA - *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá, 17-21 Novembro

1986. [Consultado a 10 de Dezembro 2011]. Disponível em: <http://www.ptacs.pt/Document/Carta de Otawa.pdf>
- PAPALIA, D.; OLDS, S.; FELDMAN, R. - *O Mundo da Criança - da infância à adolescência*. 11ª Edição. São Paulo: Editora McGraw-Hill, 2009.
  - PEREIRA, D. - *O Papel do Álcool na Sociedade*. Coimbra: Universidade de Coimbra. Faculdade de Economia, 2003 [Consultado a 3 Março de 2011]. Disponível em: <http://www4.fe.uc.pt/fontes/trabalhos/2002009.pdf> .
  - PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. - *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. 4ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo, 2005.
  - PINTO, I. - *Sintomatologia Depressiva e Consumo de Bebidas Alcoólicas em Adolescentes*. Porto: Faculdade de Medicina, 2010. Tese de Mestrado.
  - RELVAS, A. P. - *O ciclo vital da família- Perspectiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento, 2006.
  - RIBEIRO, J. P. - *Investigação e avaliação em Psicologia e Saúde*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 1999.
  - RODRIGUES, M.; PEREIRA, A.; BARROSO, T. - *Educação para a Saúde – Formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau Informação e Saúde Lda., 2005.
  - SHAFFER, D.R. - *Psicologia do Desenvolvimento: Infância e Adolescência*. 6ª Edição, Brasil, Thomson, 2005.
  - SALVADOR, M. T. - *O Significado e a Percepção das Consequências do Consumo de Álcool da População Adolescente de um Colégio Particular em Lisboa*. Lisboa: Universidade Aberta, 2008. Tese de Mestrado.
  - SOUSA, A. [e col.] - *Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar*. Ministério da Educação. Lisboa: Editores - IDT, DGS, DGIDC, 2007.
  - SOUSA, F. [e col.] - *O Consumo de Bebidas Alcoólicas na População Juvenil*. Loulé: GAIM, 2008.

- SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I.C. - Revisão dos Desenhos de Pesquisa Relevantes para Enfermagem. Parte1: Desenhos de Pesquisa Quantitativa. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*. Vol. 15, Nº 3 (Maio – Junho de 2007), p 183-185. [Consultado a 10 de Dezembro 2010]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt\\_v15n3a22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a22.pdf)
- SPRINTHALL, N; COLLINS, A - *Psicologia do Adolescente – Uma abordagem desenvolvimentista*. 3ª Edição. Lisboa: Edição da Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.
- TRINDADE, I.; CORREIA, R. - *Adolescentes e álcool: Estudo do comportamento de consumo de álcool na adolescência. Análise. Psicológica*. ISSN 0870-8231. Vol.17, no.3 (Setembro de 1999), p.591-598.
- URRÁ, J - *Educar com Bom Senso*. 1ª Edição. Lisboa: Esfera dos livros, 2010.
- VAGOS, P - *Ansiedade Social- Assertividade na Adolescência*. Universidade de Aveiro, 2010. Tese de Doutoramento.
- VILELA, L.; MACHO, P.; ALMEIDA, G.G. - Consumo de álcool em adolescentes e psicopatologia associada. *Revista Toxicodependências*. Edição IDT, Volume 17, Nº 1 (2011), p.43.
- VITÓRIA, P. [e col.]. - *Programa de Prevenção do Tabagismo para o 3.º ciclo do ensino básico conselho de prevenção do tabagismo*. Lisboa, 2000.
- WHO - World Health Statistics 2011 [Consultada em 20 de Junho 2011] - Disponível em: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msb\\_gsruprofiles.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsruprofiles.pdf) .

## **ANEXOS**

## **ANEXO I - Autorização de Salvador para a utilização do Questionário**





**ANEXO II - Questionário “Conhecimentos dos Adolescentes  
Sobre os Riscos de Consumo de Álcool”**









## **ANEXO III - Autorização do Director do ACES Grande Porto I (Santo Tirso / Trofa)**





## **ANEXO IV - Autorizações das Escolas em Estudo**









## **ANEXO V - Autorização do DGIDC**



## **ANEXO VI - Consentimento Informado**